

Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

*Optimalisering av legemiddelinformasjon til
pasient i form av ny legemiddelmal*

Hilde Holm



Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Optimalisering av legemiddelinformasjon til pasient i form av ny legemiddelmal

Hilde Holm



SYKEHUS  APOTEKENE

 Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Gjøvik

Veiledere:

Førsteamanuensis Kirsten K. Viktil
Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo

og

Dr med Per Olav Vandvik
Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik

Oppgaven ble utført ved
Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF,
Divisjon Gjøvik

© Hilde Holm

2012

Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Hilde Holm

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Denne masteroppgaven er utført ved Indremedisinsk avdeling, sengepost 2E, Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik i perioden august 2011 til januar 2012. Intern veileder har vært Kirsten K. Viktil, Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. Ekstern veileder har vært Per Olav Vandvik ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik.

Jeg vil gjerne få takke følgende personer i forbindelse med prosjektet.

Avdelingsoverlege Øystein Stubhaug som umiddelbart sa ja til at jeg kunne få gjennomføre oppgaven min ved medisinsk avdeling og som sammen med veileder Per O. Vandvik så potensialet i prosjektideen min. Dere har begge kommet med nyttige innspill.

Linette Edsberg i DIPS som på kort varsel stilte opp og bidro til å finne en løsning for å legge inn den nye legemiddelmalen i DIPS og Aud Iren Amlie i kontortjenesten for støtten og samarbeidet i prosjektperioden.

Alle leger og sykepleiere på medisin 2E for samarbeidet

Kirsten Viktil for veiledning underveis, du har oppmuntret meg og kommet med mange nyttige innspill og god hjelp både med planleggingen og oppgaveskrivingen.

Liv Marit som har vært en viktig motivator og en god diskusjonspartner å ha på kontoret.

Bjørnar, Martine og Siver, takk for at dere har holdt ut. Nå som dette er over skal jeg få bedre tid til dere igjen.

Til slutt vil jeg takke min arbeidsgiver Sykehusapotekene HF som har gitt meg muligheten til å gjennomføre spesialiseringen i klinisk farmasi, og spesielt mine apotekere Tove Glæserud og Trine Berg som har oppmuntret og støttet meg underveis.

Gjøvik, 13. januar 2012



Hilde Holm

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	5
1.1	Helsevesenet i Norge	5
1.2	Risiko for feil i legemiddelbehandlingen ved skifte av omsorgsnivå	5
1.3	Samstemming av legemiddellister	6
1.4	Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus	6
1.5	Utskrivningsinformasjon ved Indremedisinsk avdeling, SIHF Gjøvik	7
1.6	Hensikten med studien	8
2	Metode	9
2.1	Design	9
2.2	Etikk og personvern	9
2.3	Pasientmaterialet	9
2.3.1	Inklusjon og samtykke	9
2.4	Utvikling av ny legemiddelmal til pasienter ved utskrivning	10
2.5	Gjennomføring	11
2.5.1	Innsamling av data	12
2.5.2	Studiens utkommemål	13
2.6	Analyse av data	14
3	Resultater	15
3.1	Pasienter	15
3.2	Pasientenes vurdering av utdelt legemiddelinformasjon	16
3.2.1	Lesevennlighet vurdert ved utskrivning	16
3.2.2	Helhetsinntrykk vurdert ved utskrivning og oppfølgingsintervju	17
3.2.3	Nytteverdi vurdert ved oppfølgingsintervju	17
3.3	Legemiddelendringer	18
3.3.1	Kjennskap til legemiddelendringer ved utskrivning	18
3.3.2	Videreføring av legemiddelendringer ved oppfølgingsintervju	19
3.4	Oppfølgingsplaner	20
3.4.1	Kjennskap til oppfølgingsplaner ved utskrivning	20
3.4.2	Oppfølging etter utskrivning i tråd med oppfølgingsplan	21
3.5	Kjennskap til egen legemiddelbehandling	21
3.6	Erfaringer med legers utforming av ny legemiddelmal	21

4	Diskusjon.....	23
4.1	<i>Lesevennlighet og nytteverdi.....</i>	23
4.2	<i>Oppfølging av legemiddelbehandlingen</i>	24
4.2.1	<i>Legemiddelendringer</i>	24
4.2.2	<i>Oppfølgingsplaner.....</i>	25
4.2.3	<i>Legemiddelkunnskap</i>	26
4.2.4	<i>Overføringsfeil</i>	26
4.3	<i>Vurdering av metode</i>	28
4.4	<i>Videre arbeid.....</i>	30
5	Konklusjon.....	31
	Referanser.....	32
	Vedlegg	33

Sammendrag

Hensikt: Under sykehusopphold skjer det ofte endringer i legemiddelbehandlingen. Det er vesentlig at pasienten får forståelig og entydig informasjon om slike endringer for å kunne følge opp endringene etter utskrivning. Hensikten med denne studien var å undersøke om en ny mal for legemiddelinformasjon kunne bidra til økt lesevennlighet og nytteverdi for pasientene, sammenlignet med den tradisjonelle epikrisen ved utskrivning fra sykehus. Samtidig var det ønskelig å undersøke om pasienten kunne redegjøre for legemiddelendringer og oppfølgingsplaner ved utskrivning, samt om disse var fulgt opp etter utskrivning.

Metode: En ny mal for legemiddelinformasjon ved utskrivning ble utarbeidet og utprøvd i en indremedisinsk avdeling. Den nye legemiddelmalen (intervensjonsgruppen) ble sammenlignet med den tradisjonelle epikrisen (kontrollgruppen) i en før og etter studie på pasienter med minst en endring i legemiddelbehandlingen under sykehusoppholdet. Pasientene ble intervjuet av klinisk farmasøyt ved utskrivning fra sykehuset. 2-4 uker senere ble pasient eller eventuelt hjemmesykepleie kontaktet per telefon for å undersøke status for oppfølging av legemiddelendringer og oppfølgingsplaner gitt ved utskrivning.

Resultat: Det ble inkludert 17 pasienter i intervensjonsgruppen (snitt 64 år (45-88), 53 % kvinner, snitt 3,8 legemidler (0-11)) og 20 pasienter i kontrollgruppen (snitt 70 år (51-84), 55 % kvinner, snitt 4,8 legemidler (0-12)). Lesevennligheten, gradert på en skal fra 1-6 for 5 utvalgte måleparametre, varierte fra 5,2 til 5,9 i intervensjonsgruppen og fra 4,9 til 5,1 i kontrollgruppen. Nytteverdien av den utdelte legemiddelinformasjonen etter sykehusoppholdet ble angitt å være 50 % høyere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Over dobbelt så mange pasienter i intervensjonsgruppen (82 %) sammenlignet med kontrollgruppen (40 %) kunne redegjøre for sine legemiddelendringer ved utskrivning. Legemiddelendringer og oppfølgingsplaner så ut til å være fulgt opp i like stor grad etter utskrivning for begge grupper. Antall pasienter som kjente bruksområdet for alle sine legemidler ble mer enn doblet fra utreise (31 %) til oppfølging (69 %) i intervensjonsgruppen.

Konklusjon: Den nye legemiddelmalen synes å ha økt lesevennlighet og nytteverdi for pasientene, og bidrar sannsynligvis til at pasientene får raskere oversikt, samt bedre kunnskap om sine legemidler.

1 Introduksjon

1.1 Helsevesenet i Norge

Den medisinske behandlingen blir stadig mer spesialisert og pasientbehandlingen forekommer ofte på flere omsorgsnivå og involverer ulike aktører både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De ulike aktørene har ulike journalsystemer og ikke tilgang til den samme informasjonen om pasienten. For å kunne utøve en forsvarlig behandling av pasienten må sykehus, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, rehabiliteringsinstanser og pasienten selv ha lik informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker. Fastlegen er utpekt til å være den som skal ha hovedansvaret for å koordinere den enkelte pasients legemiddelbehandling og det jobbes med utbedring av rutiner for å sikre at pasientens medisinalister oppdateres jevnlig (1). Sykehusene bidrar ved å sende epikrise, et skriftlig sammendrag fra sykehusoppholdet som beskriver innleggelsesårsak, vesentlige undersøkelser og behandling foretatt på sykehuset samt endringer i pasientens legemiddelbehandling, til innleggende lege og fastlege.

1.2 Risiko for feil i legemiddelbehandlingen ved skifte av omsorgsnivå

Stortingsmeldingen, Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk angir at feilmedisinering i større eller mindre grad oppstår i om lag 20 % av alle behandlingsforløp hvor legemidler benyttes, og at så mye som 5–10 % av alle sykehusinnleggelser på indremedisinske avdelinger kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk (2). Under et sykehusopphold skjer det ofte endringer i legemiddelbehandlingen i form av oppstart med nye legemidler, doseendringer og seponeringer. Karin Frydenberg's studie fra indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet Gjøvik viste at 67 % av pasienten hadde endringer i legemidler beskrevet i epikrisen ved utskrivning (3). Flere studier viser at legemiddelfeil ved utskrivning er vanlig (4-10) og kan assosieres med økt risiko for reinnleggelse (9, 10). En engelsk studie viste at nye legemidler var årsak til 1/3 av legemiddelrelaterte reinnleggelser i løpet av første måned etter utskrivning (11). Ved overføring fra sykehus til sykehjem eller kommunehelsetjeneste ble det i en norsk studie avdekket totalt 100 feil i legemiddelopplysningene hos 19 av 20 pasienter (4). I en svensk studie blant eldre med hjemmesykepleie ble det funnet minst en feil i legemiddeloverføringen hos 19 av 35 pasienter (54 %). Legemiddelfeil ved overføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten forekom for 17 % av legemidlene (5). Når pasienten og dens opplysninger skal flyttes mellom behandlere eller behandlingssteder er det en utfordring å sikre at alle parter er kjent med hvilke legemidler pasienten bruker. Erfaringer internasjonalt

og nasjonalt har vist at skifte av omsorgsnivå er et risikoområde i forhold til oppfølging av den enkelte pasients legemiddelbehandling. Legemiddelrelaterte problem kan oppstå som resultat av svikt i kommunikasjonen i alle ledd.

1.3 Samstemming av legemiddellister

Det er i den senere tid blitt økt fokus på behov for samstemming av legemiddellister ved skifte av omsorgsnivå. En norsk studie som sammenlignet medisinlisten hos fastlegen og hjemmesykepleien viste at det ikke var samsvar mellom medisinlistene hos mer enn 60 % av pasientene (12). For å redusere risiko for feil i legemiddelbehandlingen ved skifte av omsorgsnivå er det viktig med gode rutiner som sikrer kontinuitet i behandlingen og tilstrekkelig informasjon til neste ledd ved utskrivning. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I trygge hender 2011-2014" har plukket ut legemiddelhåndtering med fokus på samstemming av legemiddelopplysninger ved overflytting mellom enheter og nivåer i helsetjenesten som et av innsatsområdene (1). Fagrådet i pasientsikkerhetskampanjen har fastslått at manglende samhandling/samstemming av legemidler ved overflyttinger mellom enheter og nivåer i helsetjenesten er en hovedutfordring. Dette er en del av samhandlingsproblematikken og dekker et bredt felt av helsetjenester, mange ledd i gjennomføringskjeden og flere profesjoner. Et av de foreslåtte tiltakene er å bedre kommunikasjon om legemiddelbehandling med pasientene og sørge for at pasienten til enhver tid har en oppdatert liste med oversikt over legemidlene de bruker (1). I den første perioden etter utskrivning fra sykehus er det spesielt viktig at pasienten selv eller den instans som skal bistå pasienten i forhold til legemiddelbehandling, har fullstendig kunnskap om hvilke endringer som er foretatt på sykehuset og hva som skal følges opp videre.

1.4 Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Standardiserte og entydige legemiddeloppsummeringer er vist å være et enkelt og effektivt verktøy for kommunikasjon av legemiddelopplysninger, som bidrar til reduksjon av legemiddelfeil ved utskrivning fra sykehus (6, 13). En svensk forskningsgruppe viste at de ved å gi pasientene en detaljert legemiddeloppsummering halverte antall pasienter med minst en legemiddelfeil fra 66 % til 32 % ved overføring fra sykehus til sykehjem/hjemmesykepleie. Den mest vanlige feilen var for mange legemidler, andre feil som forekom var feilaktig doseendring og mangel på legemidler (6). De kliniske konsekvensene av legemiddelfeilene

(6) og behov for medisinsk oppfølging som følge av legemiddelfeil ble også halvert (13). Legemiddelfeil ble ytterligere redusert med 45 % når en farmasøyt kvalitetskontrollerte utskrivningsinformasjonen ved overføring fra sykehus til primærhelsetjenesten (14).

1.5 Utskrivningsinformasjon ved Indremedisinsk avdeling, SIHF Gjøvik

Helse Sør Øst har i sin veileder om legemiddelhåndtering angitt at rutiner for utskrivning og overføring til annet behandlingsnivå, inkludert fullstendig og entydig oversikt over legemiddelbehandlingen, skal ha høy prioritet (15). Sykehuset Innlandet HF har interne prosedyrer og samarbeidsrutiner med kommunehelsetjenesten som sier at pasienten, og eventuell kommunehelsetjeneste som bistår pasienten med legemiddelhåndteringen, skal ha informasjon om videre legemiddelbehandling, oppfølging og kontroll. Dette skal inkludere en oppdatert legemiddelliste med opplysninger om endringer og begrunnelse for endringene, samt nødvendige resepter. Legemiddelopplysningene i utskrivningsinformasjonen må derfor være lesevennlig både for pasient og involvert helsepersonell.

Ved indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik benyttes epikrisen som kilde til legemiddelinformasjon ved utskrivning. Epikrisen er primært utformet for overføring av informasjon om sykehusoppholdet og videre legemiddelbehandling til pasientens fastlege. Pasienten får kopi av denne. Legemiddelopplysningene i epikrisen angis til dels i teksten og til dels i legemiddelliste med overskrift ”Medisiner ved utskrivning”. En undersøkelse gjort ved indremedisinsk avdeling i 2009 viste at 91 % av alle epikrisene inneholdt fullstendig informasjon om preparat og dose. Legemiddelopplysningen ble delvis funnet i tekst og delvis i legemiddelliste. Endringer var markert i legemiddellisten med ”ny”, ”økt dose”, ”seponert” eller liknende hos kun 51 % av pasientene med legemiddelendringer (3). Deler av informasjonen i epikrisene kan være av mindre interesse/uforståelig for pasienten og eventuelt også for hjemmesykepleie. Uforståelige opplysninger i epikrisen kan bidra til forvirring, og at pasienten ikke nødvendigvis leser alt som står der fordi de oppfatter at dette er beregnet på helsepersonell. Det synes derfor å være behov for et mer oversiktlig og pasientvennlig utskrivningsdokument med en samlet legemiddeloversikt.

1.6 Hensikten med studien

Den overordnede hensikten med denne studien var å undersøke om en ny mal for legemiddelinformasjon, heretter kalt ”ny legemiddelmal”, kan bidra til økt lesevennlighet og nytteverdi for pasientene sammenlignet med den tradisjonelle epikrisen, ved utskrivning fra sykehus.

Videre var det ønskelig å undersøke i hvor stor grad pasientene kunne redegjøre for sine legemiddelendringer og oppfølgingsplaner ved utskrivning fra sykehus, og om disse var fulgt opp av pasient eller hjemmesykepleie i henhold til ny legemiddelmal eller epikrise etter utskrivning.

2 Metode

2.1 Design

Studien ble gjennomført som en deskriptiv før og etter studie. Ny legemiddelmal ble utarbeidet og testet ut på en gruppe pasienter (intervensjonsgruppe) og sammenlignet med en kontrollgruppe. Pasientene i kontrollgruppen, som fikk den tradisjonelle epikrisen ble, inkludert først. Deretter ble den nye legemiddelmalen introdusert for legene og når denne var tatt i bruk ble pasienten til intervensjonsgruppen inkludert. Opplysninger ble innhentet på samme standardisert måte i begge gruppene, fra en definert populasjon og over en definert tidsperiode.

2.2 Etikk og personvern

Studien ble forhåndsgodkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg II) og Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus som også fungerer som Personvernombudet for Sykehuset Innlandet HF (vedlegg III). Prosjektet ble også godkjent av forskningsenheten ved Sykehuset Innlandet HF (vedlegg IV). Alle persondata ble avidentifisert, og den tilhørende kodelisten ble oppbevart nedlåst og atskilt fra andre data. Elektronisk lagring og bearbeidelse av materiale ble foretatt på Sykehuset Innlandets forskningsserver.

2.3 Pasientmaterialet

Pasientene ble inkludert fra sengepost 2E, Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik i perioden september til desember 2011 (23.09.11- 02.12.11). Pasientene ble inkludert de dagene farmasøyten var tilgjengelig på avdelingen i denne perioden.

2.3.1 Inklusjon og samtykke

Utreiselistene de aktuelle dagene ble brukt for å identifisere aktuelle pasienter. Reinnlagte og terminale pasienter ble ikke vurdert for inklusjon. Når det var klart hvem som skulle reise ble pasientenes legemiddelkurver og eventuelt innkomstnotat gjennomgått for å avdekke om pasientene svarte til inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriterier:

- Kvinner og menn over 18 år innlagt i aktuell avdeling
- Bruker medisiner ved utskrivelse
- Det er foretatt endringer i legemiddelbehandlingen under sykehusoppholdet.
Endringer defineres her som seponering av legemiddel, endring av dose for legemiddel brukt før innleggelse eller oppstart med nytt legemiddel
- Informert skriftlig samtykke, må ha samtykkekompetanse
- Skrives ut til hjemmet
- Ordner medisiner selv eller mottar bistand til dosettlegging fra hjemmesykepleie

Aktuelle pasienter ble muntlig og skriftlig informert om deltagelse i prosjektet. Skriftlig samtykke ble innhentet før pasienten ble inkludert (vedlegg V).

Det ble før studiens oppstart anslått at totalt 50 – 60 pasienter var mulig å inkludere i aktuell periode. Antallet ble basert på hva som syntes realistisk å rekke på de dagene farmasøyten kunne være tilgjengelig på avdelingen og med tanke på at intervju ved utskrivning og telefonintervju i etterkant ville være tidkrevende.

2.4 Utvikling av ny legemiddelmal til pasienter ved utskrivning

Utkast til ny legemiddelmal ble utarbeidet med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet's overordnede prosedyrer om hva pasientene skal ha av informasjon om legemidler ved utskrivning, Frydenberg's studie fra Indremedisinsk avdeling (3), føringer fra Helse Sør Øst (15) og Pasientsikkerhetskampanjen (1). Helse Midt har jobbet med pasientorientering ved utskrivning blant annet i Ålesund og erfaringer derfra ble presentert i poster på ESCP-kongress (European Society of Clinical Pharmacy) i Utrecht i mai 2011 (16). Noen foretak i Helse Midt har tatt i bruk en modell kalt Integrated medicine management (IMM- modellen) som verktøy for å se på hele pasientforløpet. Denne modellen inneholder bl.a. et system for legemiddelopplysninger ved utskrivning fra sykehus og verktøyene som brukes der er basert på Lund Integrated medicine management (LIMM-modellen) fra Sverige (6, 13, 14), som er en videreutvikling av den nordiske IMM modellen (17). Det var naturlig å legge disse erfaringene til grunn når vi skulle utarbeide vår nye mal for legemiddelinformasjon ved utskrivning.

I vår studie ble det fokusert spesielt på utbedring av legemiddeldelen av utskrivningsdokumentene. Informasjonen i legemiddelmalen skulle være lettlest og forståelig for pasienten og inneholde alle nødvendige opplysninger som pasienten trenger for å ivareta sin legemiddelbehandling fra utskrivning, og inntil neste kontakt med helsevesenet.

Utkast til ny legemiddelmal ble diskutert med avdelingssjef, leder for kontortjenesten og rådgiver for eHelse og IKT i Sykehuset Innlandet. Malen ble lagt inn i DIPS som er Sykehuset Innlandets elektroniske journalsystemet. Legemiddelmalen ble ikke lagt inn som en fast mal i utprøvningsperioden, men som en "frase" i DIPS. Frasen var en fast tekst som kunne hentes inn i en hvilken som helst mal. I utprøvningsfasen ble "Foreløpig epikrise" brukt som utgangspunkt og frasen ble hentet inn i denne. Dette fungerte i praksis som en mal, og før legen eller kontortjenesten begynte å fylle inn pasientopplysninger så dokumentet ut som vedlegg VI. Det ble tatt med i betraktningen at legemiddelmalen på sikt også skulle kunne erstatte legemiddeldelen i epikrisen slik at det ikke blir nødvendig å utforme to ulike dokument.

Hovedforskjellen mellom ny legemiddelmal og epikrise var at epikrisen var utformet for å informere innleggende lege, fastlege og eventuelt annet helsepersonell om forløpet under sykehusoppholdet, mens legemiddelmalen var utformet med tanke på at pasienten skulle være primærmottager. Legemiddelmalen inneholdt en kort oppsummering av innleggelsesårsak og viktige ting som var blitt utført på sykehuset på et pasientvennlig språk. Epikrisen derimot beskrev diagnoser, sykdomstilfellet, utførte vurderinger og behandling på en mer omfattende måte og ved hjelp av mange faguttrykk. I legemiddelmalen var det satt av egen plass til å spesifisere endringer i legemiddelbehandlingen og eventuell forklaring til endringene, mens dette i epikrisene ble skrevet fortløpende i teksten sammen med annen informasjon, hvis de i det hele tatt var beskrevet. Tabellen i ny legemiddelmal med oversikt over legemidlene, dose inkludert inntakstidspunkt og virkning utgjorde den største forskjellen fra epikrisen. I epikrisen var legemidlene ramset opp i en liste eventuelt tilføyd "ny", "doseendring" eller "seponert" i parentes bak legemidlet, stort sett uten informasjon om virkning eller når på dagen legemidlet skulle tas.

2.5 Gjennomføring

Pasientene i kontrollgruppen fikk kopi av epikrise som bla. inneholdt en legemiddelliste, mens pasientene i intervensjonsgruppen fikk den nye legemiddelmalen. For øvrig ble

pasienten i begge gruppene håndtert på samme måte. Visittlege på avdelingen utarbeidet legemiddelinformasjon i epikrise og legemiddelmal med utgangspunkt i pasientjournal og legemiddelkurve. Legen delte ut henholdsvis epikrise og legemiddelmal til pasientene før utskrivning.

Pasientene i begge gruppene ble intervjuet av klinisk farmasøyt to ganger. Det første intervjuet ble gjennomført på sykehuset når pasientene var klare for å reise hjem. Dette ble gjennomført etter at sykepleier og lege hadde gitt den informasjonen de ønsket å gi pasienten. Oppfølgingsintervjuet ble gjennomført 2-4 uker etter utskrivelsen via telefon. For pasientene som hadde bistand til å legge medisindosett fra hjemmetjenesten ble en oversikt over legemidler i bruk etter utskrivning innhentet direkte fra aktuell hjemmesykepleie. Det ble ikke gjennomført intervju med disse pasientene.

Det ble utarbeidet en intervjuguide og et standardisert intervjuskjema som ble benyttet ved begge intervjuene (vedlegg VII, VIII og IX). Pasienter i både kontrollgruppe og intervensjonsgruppe ble intervjuet etter samme mal.

2.5.1 Innsamling av data

Datainnsamlingen ble utført av klinisk farmasøyt og data ble registrert fra pasientjournal/ legemiddelkurve og begge pasientintervjuene.

Data som ble innhentet fra pasientjournal og legemiddelkurve i forkant av intervjuet var pasientens alder, kjønn, hvilke legemidler pasienten brukte ved innleggelse (basert på inntakstomat/legemiddelkurve), hvilke legemidler pasienten brukte ved utskrivning (inkludert styrke, administrasjonsform og dose), endringer foretatt under oppholdet (seponeringer, doseendringer, nye legemidler), eventuell informasjon om planlagt oppfølging (oppfølgingsplaner) med hensyn på legemidler som skal foretas av pasienten selv eller i samråd med lege som fremgår av utskrivningspapirer. Eksempler på oppfølgingsplaner kunne være blodprøvekontroll, doseendring og seponering.

Fokus ved det første intervjuet var pasientens forståelse av egen legemiddelbehandling ved utskrivning og pasientens vurdering av legemiddelinformasjonen i epikrise / ny legemiddelmal. Pasientene i begge gruppene ble bedt om vurdere legemiddelinformasjonens lesevennlighet på en skala fra 1-6, der 6 var best. Det ble valgt ut 5 måleparametere for lesevennlighet; oversiktlig, lett å finne legemiddelopplysninger, lett å forstå

legemiddelinformasjonen, beskrivelse av endringer, helhetsinntrykk. Pasientenes gradering av de ulike måleparametrene ble registrert. Andre data som ble innhentet fra intervjuet var om pasienten håndterte legemidlene sine selv, kjente til innleggelsesårsaken, kunne redegjøre for endringer i legemiddelbehandlingen og eventuelle oppfølgingsplaner, samt hvorfor de ulike legemidlene skulle brukes.

Fokus ved oppfølgingsintervjuet var pasientens eller hjemmesykepleiens oppfølging av legemiddelbehandlingen. I tillegg ble pasientene bedt om å evaluere nytteverdi og helhetsinntrykk av legemiddelinformasjonen på en skala fra 1-6 og pasientenes gradering ble registrert. Andre data som ble innhentet fra oppfølgingsintervjuet var om legemiddelbruken var i samsvar med utskrivningsinformasjonen i form av at legemiddelendringer og oppfølgingsplaner var fulgt opp. Det ble registrert om pasienten kjente bruksårsak for legemidlene, om pasienten hadde vært i kontakt med helsevesenet og hvem som hadde foretatt eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen etter utskrivningen.

2.5.2 Studiens utkommemål

Primære utkommemål

- Andel pasienter som angir at legemiddelmal / epikrise har en utforming som gir høy grad av lesevennlighet (5 eller 6 på evalueringsskalaen).
- Andel pasienter som angir at legemiddelmal / epikrise har hatt høy grad av nytteverdi (5 eller 6 på evalueringsskalaen) etter hjemkomst.

Sekundære utkommemål

- Andel pasienter i intervensjonsgruppen/kontrollgruppen som kan redegjøre for endringer (seponeringer, doseendringer, nye legemidler) i legemiddelbehandlingen ved utskrivning fra sykehuset.
- Andel pasienter i intervensjonsgruppen/kontrollgruppen som har fulgt opp endringene (seponeringer, doseendringer, nye legemidler) i legemiddelbehandlingen ved oppfølgingsintervjuet.
- Andel pasienter i intervensjonsgruppen/kontrollgruppen som kan redegjøre for oppfølgingsplaner knyttet til for legemiddelbehandlingen ved utskrivning og har fulgt opp disse ved oppfølgingsintervjuet.

2.6 *Analyse av data*

Innsamlede data ble lagt inn i en database (Microsoft Excel). Deskriptive analyser av pasientkarakteristika og resultat fra pasientintervju ble foretatt. Alle beregninger av gjennomsnitt og prosent er utført med hensyn til det aktuelle antallet pasienter som svarte på de ulike delene av studien.

3 Resultater

3.1 Pasienter

Totalt 37 pasienter ble inkludert i løpet av studieperioden fordelt på 17 pasienter i intervensjonsgruppen og 20 pasienter i kontrollgruppen. I tabell 1 presenteres en oversikt over karakteristika knyttet til de inkluderte pasientene.

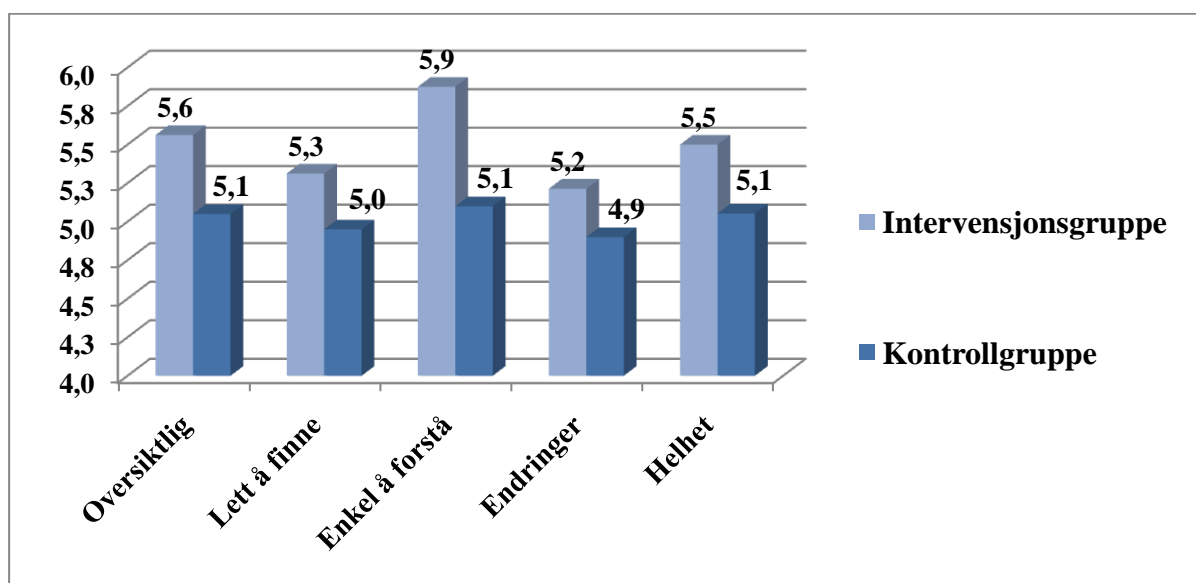
Tabell 1. Pasientkarakteristika for inkluderte pasienter

	Totalt n=37	Intervensjons gruppe n=17	Kontroll gruppe n=20
Alder, år			
Gjennomsnitt (spredning) [SD]	67 (45-88) [10]	64 (45-88) [12]	70 (51-84) [8]
Kjønn, antall (%)			
Kvinner	20 (54)	9 (53)	11 (55)
Menn	17 (46)	8 (47)	9 (45)
Administrerer legemidler selv			
antall (%)	34 (92)	16 (94)	18 (90)
Dosett fra hjemmesykepleie			
antall (%)	3 (8)	1(6)	2 (10)
Intervjuer ved utskrivning			
antall (%)	37 (100)	17 (100)	20 (100)
Intervjuer etter utskrivning			
antall (%)	28 (76)	13 (76)	15 (75)
Informasjon fra hjemmesykepleie etter utskrivning			
antall (%)	3 (8)	1 (6)	2 (10)
Antall legemidler ved innleggelse			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	4,3 (0-12) [3,2]	3,8 (0-11) [3,1]	4,8 (0-12) [3,3]
Antall legemidler ved utskrivning			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	6,7 (4-14) [2,8]	6,3 (4-14) [2,5]	7,1 (4-14) [3,0]
Totalt antall endringer i legemiddelbehandlingen			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	3,8 (1-10) [1,9]	3,9 (1-8) [1,6]	3,7 (1-10) [2,2]
Seponeringer			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	0,5 (0-2) [0,6]	0,4 (0-2) [0,7]	0,5 (0-2) [0,6]
Doseendringer			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	0,5 (0-3) [0,7]	0,6 (0-3) [0,8]	0,5 (0-2) [0,7]
Nytt legemiddel			
gjennomsnitt (spredning) [SD]	2,8 (0-9) [2,0]	2,9 (0-8) [2,0]	2,8 (0-9) [2,0]

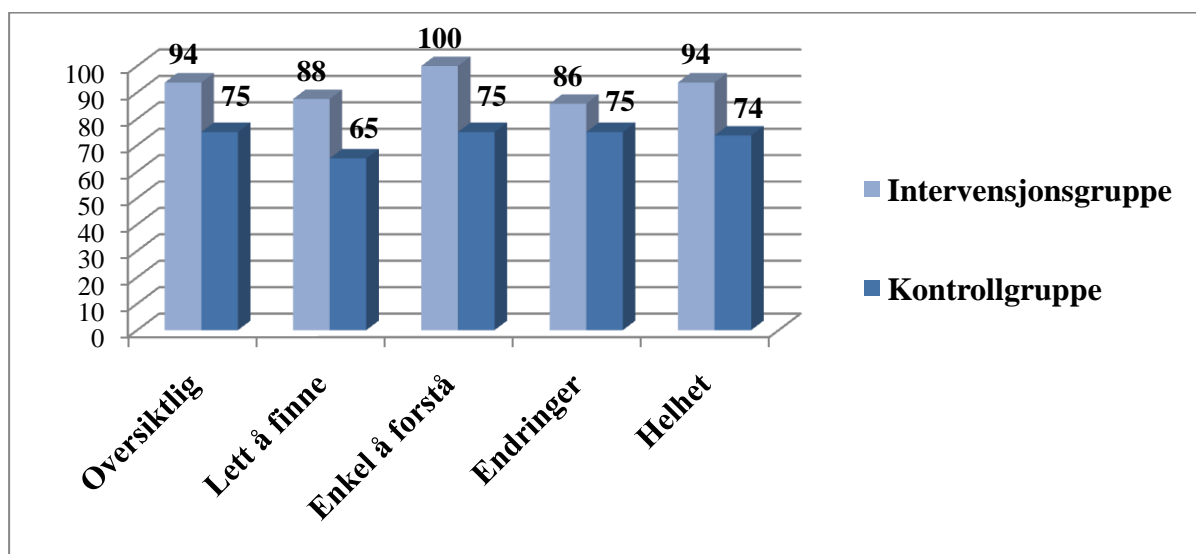
3.2 Pasientenes vurdering av utdelt legemiddelinformasjon

3.2.1 Lesevennlighet vurdert ved utskrivning

Ved utskrivning evaluerte 16 pasienter i intervensjonsgruppen og 20 pasienter i kontrollgruppen legemiddelinformasjonens utforming i forhold til lesevennlighet på en skala fra 1-6, der 6 var best. Figur 1 viser gjennomsnittlig gradering av de fem utvalgte måleparametrene i begge grupper, mens figur 2 viser en oversikt over andel pasienter i begge gruppene som uttrykte en høy grad av lesevennlighet (poengscore 5 eller 6).



Figur 1. Gjennomsnittlig poengscore for de 5 valgte måleparametrene for lesevennlighet i intervensjonsgruppen (16 pasienter) og kontrollgruppen (20 pasienter).

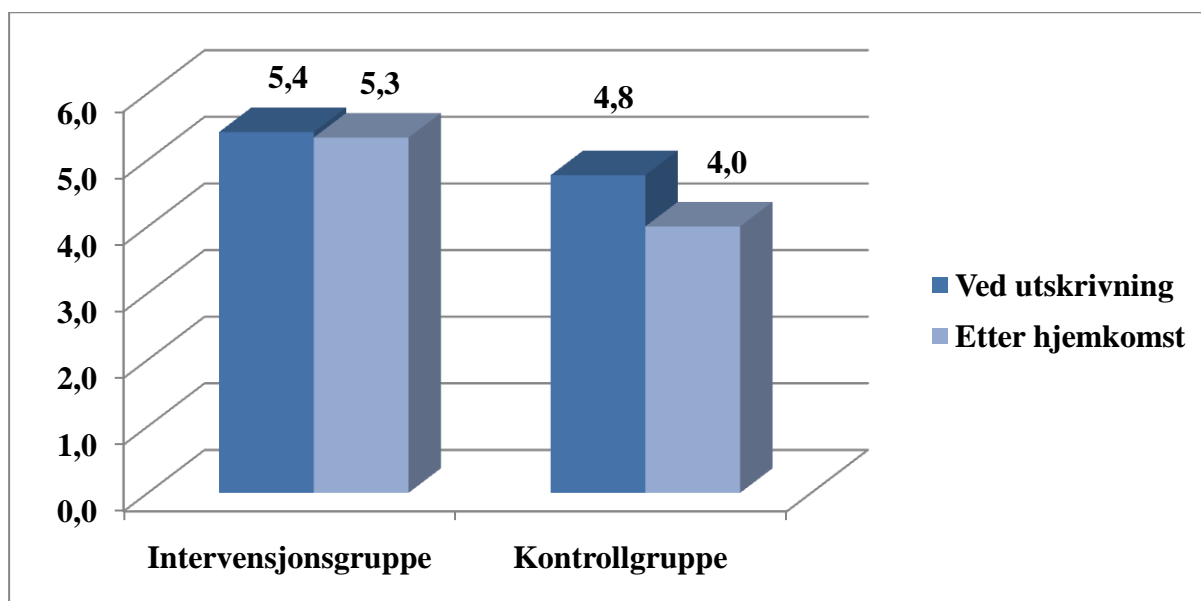


Figur 2. Andel pasienter (%) som uttrykte en høy grad av lesevennlighet (poengscore 5 eller 6) på de 5 utvalgte måleparametrene i intervensjonsgruppen (16 pasienter) og kontrollgruppen (20 pasienter).

3.2.2 Helhetsinntrykk vurdert ved utskrivning og oppfølgingsintervju

12 pasienter i intervensjonsgruppen og 13 pasienter i kontrollgruppen vurderte helhetsinntrykket av legemiddelinformasjonen både ved utskrivning og etter hjemkomst.

Figur 3 sammenligner pasientenes helhetsinntrykk av legemiddelinformasjonen ved utskrivning og etter hjemkomst i begge gruppene.



Figur 3. Gjennomsnittlig poengscore i forhold til helhetsinntrykk av legemiddelinformasjonen ved utskrivning og etter hjemkomst i intervensjonsgruppen (12 pasienter) og kontrollgruppen (13 pasienter).

3.2.3 Nytteverdi vurdert ved oppfølgingsintervju

13 pasienter i intervensjonsgruppen og 14 pasienter i kontrollgruppen vurderte nytteverdien av legemiddelinformasjonen etter hjemkomst. En pasient i kontrollgruppen svarte ikke på spørsmålet. Det ble benyttet samme vurderingsskala som for vurdering av lesevennlighet.

Pasientene gav nytteverdi generelt en lavere poengscore enn lesevennlighet. Den gjennomsnittlige poengscoren for nytteverdi i intervensjonsgruppen var 4,8 sammenlignet med 3,2 i kontrollgruppen. 7 pasienter (54 %) i intervensjonsgruppen og 4 pasienter (29 %) i kontrollgruppen angav at legemiddelinformasjonen hadde hatt høy grad av nytteverdi (poengscore 5 eller 6) etter de kom hjem.

3.3 Legemiddelendringer

Det ble foretatt 140 legemiddelendringer i forbindelse med sykehusoppholdet fordelt på 66 endringer i intervensjonsgruppen og 74 endringer i kontrollgruppen. 62 % av alle de inkluderte pasientene hadde 4 eller flere endringer i sin legemiddelbehandling ved utskrivning sammenlignet med hva de brukte ved innkomst. Oppstart med nytt legemiddel utgjorde de fleste legemiddelendringene.

3.3.1 Kjennskap til legemiddelendringer ved utskrivning

14 (82 %) av pasientene i intervensjonsgruppen og 8 (40 %) av pasientene i kontrollgruppen kunne redegjøre for alle sine legemiddelendringer ved utskrivning. Henholdsvis 3 (18 %) og 5 (20 %) av pasientene kunne ikke redegjøre for noen av endringene, mens de resterende 8 (40 %) av pasientene i kontrollgruppen delvis kunne redegjøre for sine endringer. Tabell 2 presenterer en oversikt over antall pasienter med ulike typer legemiddelendringer og grad av kjennskap til endringene ved utskrivning. En pasient kunne ha flere typer endringer.

Tabell 2. Pasienter med legemiddelendringer fordelt på ulike typer endringer og andel som kan redegjøre for de ulike endringene ved utskrivning.

	Totalt n=37	Intervensjons gruppe n=17	Kontroll gruppe n=20
Pasienter med seponeringer, antall	14	5	9
Pasienter som kan redegjøre for seponeringer, antall pasienter (%)			
- alle seponeringer	11 (79)	4 (80)	7 (78)
- noen seponeringer	0	0	0
- ingen seponeringer	3 (21)	1 (20)	2 (22)
Pasienter med doseendring, antall	14	7	7
Pasienter som kan redegjøre for doseendringer, antall pasienter (%)			
- alle doseendringer	10 (71)	6 (86)	4 (57)
- noen doseendringer	1 (7)	0	1 (14)
- ingen doseendringer	3 (21)	1 (14)	2 (29)
Pasienter med nye legemidler, antall	34	15	19
Pasienter som kan redegjøre for nye legemidler, antall pasienter (%)			
- alle nye legemidler	20 (59)	12 (80)	8 (42)
- noen nye legemidler	6 (18)	0	6 (32)
- ingen nye legemidler	8 (23)*	3 (20)*	5 (26)*

*3 pasienter i hver gruppe ville ikke svare på spørsmålet om de nye legemidlene, de viste frem resept eller legemiddelinformasjonen og ba intervjuer se selv.

Tallene er basert på spontane opplysninger fra pasienten, opplysninger som pasienten selv fant i legemiddelinformasjonen/resepter/pakninger under intervjuet og informasjon som kom frem ved hjelp av tilleggsspørsmål når dette var nødvendig. Eksempel på tilleggsspørsmål som ble benyttet ”hva med de vanndrivende legemidlene dine er det gjort endringer der?”, ” hva med Selo-Zok er det noe du har brukt før eller er det nytt for deg?” og ”hvilken dose Ramipril skal du bruke nå?”

I de tilfellene pasienten ikke kunne redegjøre for alle endringene sine, ble legemiddellisten i utlevert legemiddelinformasjon gjennomgått med pasienten. Etter denne gjennomgangen var alle endringene drøftet med pasientene slik at vi anså pasientene for å være kjent med endringen før hjemreise. Det var et unntak i kontrollgruppen, der en pasient ikke var interessert i å prøve sette seg inn i det eller gå igjennom listen. Han opplyste at han kom til å følge anvisningene på pakningene fra apoteket.

3.3.2 Videreføring av legemiddelendringer ved oppfølgingsintervju

De 14 pasientene i intervensjonsgruppen og 17 pasientene i kontrollgruppen og som ble fulgt opp ved oppfølgingsintervju eller kontakt med hjemmesykepleien hadde henholdsvis 53 og 64 legemiddelendringer under sykehusoppholdet.

Ingen av legemidlene som ble seponert under sykehusoppholdet var videreført 2-4 uker etter utskrivning verken i intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen, utover ett tilfelle i intervensjonsgruppen der reoppstart var planlagt.

6 av 9 (67 %) doseendringer i intervensjonsgruppen og 5 av 8 (63 %) doseendringer i kontrollgruppen var videreført. Kun en doseendring i kontrollgruppen er ikke videreført, dette innebar at tillegg av en kveldsdose som var feilaktig fulgt opp ved at pasienten tok hele den nye døgndosen på morgenen. For de resterende doseendringene i begge gruppen var det uklart om endringen var fulgt opp fordi pasienten ikke kunne svare på styrke på preparatet ved oppfølgingsintervjuet.

38 av 39 (97 %) nye legemidler i intervensjonsgruppen og 45 av 47 (96 %) nye legemidler i kontrollgruppen var videreført ved oppfølgingsintervjuet. Legemidlene var enten i bruk eller endring var gjort i henhold til opplysninger i utskrivningsinformasjonen. Smertestillende der pasienten selv hadde trappet ned eller seponert uten at det var beskrevet i utskrivningsinformasjon er også tatt med. Enkelte pasienter var ikke i stand til å oppgi navn

på legemidlene ved telefonintervjuet, men det ble oppgitt et antall tabletter i bruk som tilsvarte utskrivningsinformasjonen, og er på bakgrunn av det vurdert å være videreført. Legemidlet som ikke var videreført i intervensjonsgruppen var seponert av lege. Det ene legemidlet som ikke var i bruk ved oppfølgingen i kontrollgruppen skyldtes manglende resept, det andre legemidlet var feilaktig videreført. Legemiddeldosen ble tatt på feil måte, døgndosen som skulle tas samlet på morgenen var delt opp i tre inntakstidspunkt.

3.4 Oppfølgingsplaner

Det var beskrevet 8 konkrete oppfølgingsplaner i utskrivningsinformasjonen vedrørende legemiddelbruk fordelt på 6 pasienter i intervensjonsgruppen og 24 oppfølgingsplaner fordelt på 13 pasienter i kontrollgruppen.

3.4.1 Kjennskap til oppfølgingsplaner ved utskrivning

3 (50 %) pasienter i intervensjonsgruppen og 8 (61 %) pasienter i kontrollgruppen kunne gjøre rede for alle sine oppfølgingsplaner. Henholdsvis 1 (17 %) og 4 (31 %) pasienter kunne gjøre rede for noen av oppfølgingsplanene og henholdsvis 2 (33 %) og 1 (8 %) pasienter kunne ikke redegjøre for sine oppfølgingsplaner.

Tabell 3 viser fordelingen mellom pasientstyrte oppfølgingsplaner og legestyrte oppfølgingsplaner, samt andel av de ulike oppfølgingsplanene pasientene kunne redegjøre for ved utskrivning fra sykehuset. Pasientstyrte oppfølgingsplaner omfattet dosejusteringer og seponeringer som skulle håndteres av pasient, samt at pasienten hadde ansvar for å oppsøke lege for blodprøvekontroll. De legestyrte oppfølgingsplanene omfattet dosejustering og seponering som skulle vurderes og eventuelt iverksettes av lege.

Tabell 3. Andel pasientstyrte og legestyrte oppfølgingsplaner beskrevet i utskrivningsinformasjon som pasientene kan redegjøre for ved utskrivning

	Totalt	Intervensjons gruppe	Kontroll gruppe
Pasientstyrte oppfølgingsplaner , antall (seponering, dosejustering, blodprøvekontroll)	19	7	12
Pasienter som redegjør for oppfølgingsplanen antall, %	17 (89)	6 (86)	11 (92)
Legestyrte oppfølgingsplaner , antall (seponering, dosejustering i samråd lege)	13	1	12
Pasienter som redegjør for oppfølgingsplanen antall, %	6 (46)	0	6 (50)

3.4.2 Oppfølging etter utskrivning i tråd med oppfølgingsplan

De 14 pasientene i intervensjonsgruppen som ble fulgt opp 2-4 uker etter utskrivning hadde 6 pasientstyrte og ingen legestyrte oppfølgingsplaner, mens de 17 pasientene i kontrollgruppen hadde 11 pasientstyrte og 10 legestyrte oppfølgingsplaner.

Alle de 6 pasientstyrte oppfølgingsplaner i intervensjonsgruppen var fulgt opp ved oppfølgingsintervjuet. 10 av 11 (91 %) pasientstyrte oppfølgingsplanene i kontrollgruppen var fulgt opp. Hvorvidt den siste pasienten har fulgt opp sin blodprøvekontroll ble ikke undersøkt da legemiddelopplysningene for denne pasienten etter utskrivning ble innhentet fra hjemmesykepleien.

3 av de 10 (30 %) legestyrte oppfølgingsplaner som forekom i kontrollgruppen var gjennomført. 1 av pasientene hadde ikke vært hos lege etter utskrivelsen og 1 av de foreslåtte seponeringene skulle først skje 6 uker etter utskrivning. Resultatene er kun basert på hvilke endringer som er foretatt, ikke hvilke farmakoterapeutiske vurderinger legen har gjort.

3.5 Kjennskap til egen legemiddelbehandling

Det var stor variasjon i hvor godt pasientene kunne gjøre rede for sin totale legemiddelbruk både ved utskrivning og etter hjemkomst. Noen pasienter husket alle navn, styrker og antall tabletter, mens andre husket bare navnene og antall tabletter, mens andre igjen hva legemidlene brukes for, men ikke navnene. De fleste husker antall tabletter, men ikke styrken på preparatet.

Andel pasienter som kunne gjøre rede for navnene på preparatene sine var likt fordelt i de to gruppene. Bare 54 % kunne gjøre rede for navnene på alle sine preparater ved telefonintervjuet, mens 39 % kunne redegjøre for navnene på noen av sine preparater.

Andelen pasienter som kunne gjøre rede for bruksområdet for alle sine legemidler i intervensjonsgruppen økte fra 31 % ved utskrivning til 69 % ved oppfølgingsintervjuet sammenlignet med en økning fra 35 % til 46 % i kontrollgruppen.

3.6 Erfaringer med legers utforming av ny legemiddelmal

Legene stod fritt til å tilpasse legemiddelinformasjonen til den enkelte pasient med utgangspunkt i henholdsvis ny legemiddelmal og epikrisemal. Det ble både tilføyd og strøket

punkter i malene ut fra pasientens behov, legens ønsker og tid. Tabellen i den nye legemiddelmalen ble brukt uten endringer til alle pasientene i intervensjonsgruppen. Det ble ikke utført noen form for kontroll av informasjonsskrivene, men farmasøyten intervenerte på utformingen i de tilfellene der det ble oppdaget vesentlige/alvorlige mangler i utskrivningsinformasjonen i forbindelse med pasientintervjuet. I slike tilfeller ble legen anmodet om å rette opp legemiddelinformasjonen.

4 Diskusjon

4.1 Lesevennlighet og nytteverdi

Det ble funnet en høyere grad av lesevennlighet og nytteverdi hos pasientene som fikk legemiddelinformasjonen etter ny mal (intervensjonsgruppen) sammenlignet med pasientene som fikk legemiddelinformasjon i form av eksisterende epikrise (kontrollgruppen). Det kjennes ikke til andre studier der pasientene har vurdert lesevennlighet og nytteverdi. Ved litteratursøk ble det kun funnet en annen studie der pasientevaluering er benyttet i forbindelse med utprøving av legemiddelskjema etter utskrivning fra sykehus (18). I denne studien ble pasientfornøydhets, kunnskap om behandling og selvrapporterte legemiddelfeil evaluert. Andre studier der tilsvarende legemiddelinformasjonsskriv er testet ut har brukt sykehjem og hjemmesykepleie som referanse, og primært sett på om skjemaet har bidratt til reduksjon av legemiddelfeil, kliniske konsekvenser av legemiddelfeil og behov for medisinsk oppfølging (6, 13).

Vår studie viste en høyere grad av *lesevennlighet* for alle de 5 utvalgte måleparametrene. Manning's studie fra Minnesota viste ingen forskjell i pasientfornøydhets mellom de to undersøkte verktøyene for utskrivningsinformasjon (18). Dette kan bero på at Manning et al. sammenlignet to ulike tabeller for fremstilling av legemiddelinformasjon, mens det i vår studie ble sammenlignet en tekstbasert legemiddelliste (epikrise) med en legemiddelliste i tabellform (ny legemiddelmal). Det å samle all informasjon i en tabell ser ut til å øke lesevennligheten for pasienten. Flere pasienter trakk frem nettopp det at tabellen var veldig oversiktlig og lettforståelig når de vurderte lesevennligheten av den nye legemiddelmalen. Hvorvidt legemiddelinformasjonen var enkel å forstå for pasienten var den måleparameteren som utgjorde den største forskjell mellom gruppene. De fleste pasientene i kontrollgruppen angav uopplevde at det var en del ord i epikrisene, bla ordet seponert, som de ikke forstod. Alle pasientene i intervensjonsgruppen oppgav en høy grad av forståelse og sa de forstod alt som stod der. Den nye malen var kortere, inneholdt færre opplysninger og var mer strukturert enn epikrisen. Dette har nok bidratt til at pasientene vurderte den nye legemiddelmalen til å være mer lesevennlig. Det var også generelt noe større variasjon i poengscore mellom de ulike måleparametrene i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. En mulig forklaring på dette er at det var lettere for pasientene å ta stilling til de ulike måleparametrene når informasjonsskrivene var kortere og mer lesevennlige. Studien viste at pasientene som fikk legemiddelinformasjonen i ny mal også i større grad kunne redegjøre for sine

legemiddelendringer, spesielt doseendringer og nye legemidler allerede ved utskrivning. Over dobbelt så mange av pasientene kjente alle sine legemiddelendringer med ny mal sammenlignet med pasientene som fikk epikrise. Dette kan tyde på at det var lettere for pasienten å få raskt oversikt over legemiddelendringene med den nye malen, noe som understøtter pasientenes vurdering av at den nye malen var mer oversiktlig og enklere å finne opplysninger i.

Helhetsinntrykk av legemiddelinformasjonen ble fulgt opp både ved utskrivning og ved oppfølgingsintervjuet. Pasientene i intervensjonsgruppen som fikk den nye malen, endret ikke sitt helhetsinntrykk nevneverdig etter å ha sett nærmere på den hjemme. Helhetsinntrykket til pasientene i kontrollgruppen derimot var redusert etter de kom hjem og fikk lest epikrisen i fred og ro. Dette kan tyde på at pasientene i intervensjonsgruppen raskt fikk oversikt over legemiddelmalen, mens pasientene i kontrollgruppen trengte mer tid for å få tilstrekkelig oversikt over epikrisen til å gi en vurdering av helhetsinntrykk. Vurderingen ved utskrivning belyser trolig førsteinntrykket av legemiddelinformasjonen, mens vurderingen etter hjemkomst utgjør sannsynligvis en mer reell helhetsvurdering. Disse resultatene kan også indikere at dersom hele undersøkelsen var gjort etter pasienten kom hjem, ville man trolig funnet en større differanse mellom kontroll og intervensjonsgruppen på alle måleparametere.

Nytteverdien av legemiddelinformasjonen etter sykehusoppholdet ble angitt å være 50 % høyere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Dette kan tyde på at det var lettere for pasienten å se at utskrivningsinformasjonen kunne være til hjelp når alle legemiddelopplysningene var oversiktlig samlet i en tabell. Det jobbes for tiden gjennom pasientsikkerhetskampanjen med å få alle pasienter til å ha en oppdatert legemiddelliste med seg ved all kontakt med helsevesenet. En mer lesevennlig legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehuset kan støtte opp under dette arbeidet og trolig bidra til at pasienten bruker medsendt legemiddelinformasjon mer aktivt.

4.2 Oppfølging av legemiddelbehandlingen

4.2.1 Legemiddelendringer

Som tidligere påpekt var det flere pasienter i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen som kunne redegjøre for alle endringene i sin legemiddelbehandling ved utskrivning. Til tross for dette var andelen endringer i de to gruppene relativt likt fulgt opp ved oppfølgingsintervjuet.

Dette tyder på at pasientene fikk raskere oversikt over sine legemiddelendringer med den nye malen enn med epikrisen, men at man med begge informasjonsskrivene klarte å følge opp endringene i samme grad når man fikk mer tid på seg. Oppfølgingen ble i denne studien målt 2-4 uker etter hjemkomst, men vi vet ikke når i denne perioden pasienten oppfattet endringen. For å sikre kontinuitet i behandlingen er det viktig at pasienten umiddelbart etter utskrivning viderefører endringer foretatt i sykehuset. Slikt sett kan det se ut til at den nye malen har et fortrinn. I tillegg vil det være en fordel for pasienten å få oversikt over endringene raskt, helst mens de fremdeles er på sykehuset slik at de har mulighet til å spørre om ting de eventuelt lurer på før hjemreise.

Feilaktig oppfølging funnet i intervensjonsgruppen var ikke relatert til legemiddelmalen, men til uteblivelse av resept. De feilaktige oppfølgningene som ble funnet i kontrollgruppen ville sannsynligvis ikke ha skjedd med den nye legemiddelmalen der dose og inntakstidspunkt spesifiseres. Disse feilene omfattet feilaktig oppfølging av en doseendring og feilaktig inntakstidspunkt for et nytt legemiddel. De fleste doseendringene registrert som ikke fulgt opp, skyldes at pasientene ikke kunne redegjøre for styrken på preparatene sine ved oppfølgingsintervjuet. Den reelle andelen doseendringer fulgt opp ved oppfølging er derfor trolig høyere enn registrert i begge gruppene. Til tross for at de fleste legemiddelendringene pasientene kan redegjøre for ser ut til å være fulgt opp, kunne ytterligere endringer i kontrollgruppen trolig vært fulgt opp ved bruk av ny legemiddelmal.

4.2.2 Oppfølgingsplaner

Studien viste at det var nesten dobbelt så mange pasienter i kontrollgruppen som i intervensjonsgruppen som hadde konkrete oppfølgingsplaner. Dette kan skyldes at legene har tenkt på hvem som er primærmottagerne av dokumentene ved utforming.

Legemiddelinformasjonen i intervensjonsgruppen omfatter hovedsakelig endringer som skal håndteres av pasienten, mens det i kontrollgruppen også inngår legemiddelendringer som i hovedsak involverer lege. Det kan være både en fordel og en ulempe at pasientene i intervensjonsgruppen ikke har fått opplysninger om hva fastlegen skal følge opp. Ved å kjenne til den type opplysninger kan eventuelt pasienten etterspørre oppfølgingen hos egen lege dersom det ikke blir fulgt opp. Unødvendige opplysninger kan derimot i mange tilfeller virke forstyrrende og føre til at viktige opplysninger ikke kommer tydelig frem. Det ser derimot ikke ut til at dette har påvirket pasientene i kontrollgruppen i denne studien.

Andelen pasienter som kunne gjøre rede for sine oppfølgingsplaner ved utskrivning var i samme størrelsesorden i begge gruppene. Ser man isolert på antall oppfølgingsplaner som skulle følges opp av pasientene (pasientstyrte oppfølgingsplaner), kunne pasientene i begge grupper i stor grad redegjøre for oppfølgingsplanene. I kontrollgruppen, der det også var legestyrte oppfølgingsplaner, kunne pasientene redegjøre for en større andel av de pasientstyrte oppfølgingsplanene enn for de legestyrte oppfølgingsplanene. Det at pasientene generelt kunne redegjøre bedre for det de selv skal følge opp kan tyde på at pasientene enten har fått muntlig tilleggsinformasjon eller at de har lagt spesielt merke til disse oppfølgingsplanene. Det som skulle følges opp i samråd med lege fremgår ikke alltid like tydelig i epikrisene, noe som også kan ha bidratt til at pasientene i kontrollgruppen ikke klarte å redegjøre tilsvarende godt for denne type oppfølgingsplaner ved utskrivning.

Oppfølgingen etter utskrivning bekrefter at pasientene var godt informert i begge grupper da kun en av oppfølgingsplanene som skulle følges opp av pasient ikke var fulgt opp.

4.2.3 Legemiddelkunnskap

Andel pasienter i intervensjonsgruppen som kunne redegjøre for bruksårsaken for alle sine legemidler var i mer enn doblett med en økning fra 31 % ved utskrivning til 69 % ved oppfølgingsintervjuet. Til sammenligning var det kun en mindre økning fra 35 % til 46 % i kontrollgruppen. Tabellen i den nye legemiddelmalen hadde plass for å angi bruksårsak og dette var i stor grad utnyttet i motsetning til epikrisen der dette sjelden var tatt med.

Resultatene tyder på at dersom informasjon om årsak til bruk er angitt i legemiddelinformasjonen er pasienten bedre kjent med dette etter utskrivning. Slike opplysninger står i mange tilfeller også på pakningene, men det er ingen grunn til å tro at det skulle variere nevneverdig mellom gruppene, med forbehold om at dette ikke er undersøkt. Bruke den nye legemiddelmalen ved utskrivning fra sykehuset kan trolig bidra til økt kunnskap og oversikt for pasientene i forhold til legemiddelbehandlingen. Manning's studie antydte også at et forbedret design på legemiddelinformasjonen hvor bruksområdet var beskrevet ved utskrivning økte pasientenes kjennskap til legemiddelbehandlingen (18).

4.2.4 Overføringsfeil

Det ble funnet lite overføringsfeil og feilbruk av legemidler i denne studien, sammenlignet med andre studier der 54-95 % av pasientene har hatt minst en overføringsfeil (4-6, 12).

Introduksjon av liknende informasjonsskriv ved utskrivning fra et annet sykehus har bidratt til å halvere antall pasienter med minst en legemiddelfeil (6). Resultatene fra Midløv's studie er ikke direkte sammenlignbar, da den er utført på et pasientmateriale med høyere gjennomsnittsalder og et mer komplisert legemiddelregime der pasientene fikk bistand til legemiddelhåndtering fra kommunale helsetjenester. Det kan være mange andre årsaker til at våre funn avviker fra disse funnene. Vår studie var ikke designet med dette som hovedfokus og telefonintervju kan ha vært en for dårlig målemetode for å avdekke hva pasienten faktisk bruker av legemidler etter utskrivning. Alle pasientene i studien ble intervjuet av klinisk farmasøyt før utskrivning der det ble stilt spørsmål om legemiddelbehandlingen med fokus på endringer foretatt i forbindelse med oppholdet. Dette bidro trolig til å bevisstgjøre pasienten i forhold til kunnskap om legemiddelbehandlingen. I tillegg visste pasientene at de ville bli kontaktet i etterkant av oppholdet for spørsmål om medisiner. Farmasøytintervjuet ved utskrivning kan i så måte ha bidratt til å redusere overføringsfeil i begge grupper. Andre studier har vist at legemiddelintervju med farmasøyt under sykehusopphold kan bidra til å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer (19, 20). Det kan også bero på at denne avdelingen generelt er flinke til å informere pasienten om legemiddelbehandlingen. Det er tidligere vist at 91 % av epikrisene fra hele indremedisinsk avdeling inneholder fullstendige legemiddelopplysninger (3), men at en del av opplysningene kun var å finne i teksten. Det har med andre ord vært fokus på utbedring av legemiddellistene i avdelingens epikriser også i forkant av dette prosjektet.

For øvrig ble eventuelle uklarheter som dukket opp under farmasøytintervjuet oppklart før utskrivning. Det ble blant annet oppdaget 4 tilfeller der pasienten manglet resept på nye legemidler og et tilfelle der doseendring ikke var tatt med i legemidlinformasjonen. Den kliniske farmasøyten gjorde ansvarlig lege oppmerksom på disse forholdene slik at de ble rettet opp. Som klinisk farmasøyt og helsepersonell tilknyttet avdelingen ble det vurdert etisk korrekt å gjøre pasienten oppmerksom på legemiddelendringer de selv ikke kunne redegjøre for ved utskrivning eller rette opp i misforståelse og mangler selv om dette kunne påvirke utfallet av undersøkelsen.

4.3 *Vurdering av metode*

Intervju med pasienten ble valgt som metode for å undersøke pasientenes vurdering av lesevennlighet og nytteverdi, samt for å undersøke hvor godt pasientene kunne redegjøre for sine endringer i legemiddelbehandlingen. Det var til tider vanskelig å få pasientene til å svare konkret på spørsmålene. Andre erfaringer fra sykehusoppholdet ble ofte trukket inn, slik at det er sannsynlig at helhetsinntrykket fra hele sykehusoppholdet kan ha påvirket resultatene. De fleste pasientene gav uttrykk for å være veldig fornøyd med det meste. Pasientene var relativt ukritiske og til tider lite interessert i å ta stilling til det de ble spurt om. Det kan være en viss risiko for at pasientene har gradert spørsmålene om lesevennlighet og nytteverdi noe høyere enn de ellers ville ha gjort ettersom intervjuer satt foran dem og stilte direkte spørsmål. Et rent spørreskjema kunne muligens bidratt til mer oppriktige svar fra pasientene.

Evalueringen av lesevennlighet var utformet som et spørreskjema der pasientene selv kunne krysse av for ønsket gradering. De aller fleste pasientene ønsket allikevel å få spørsmålene opplest og hjelp til avkrysning. Det var variabelt hvor godt pasientene kunne gjøre rede for sin legemiddelbruk, spesielt ved oppfølgingsintervjuet. Telefonintervju var i så måte ikke en optimal måte å dokumentere hvilke legemidler pasientene faktisk brukte etter de kom hjem. En bedre løsning kunne vært hjemmebesøk, men det var det ikke anledning til innenfor tidsrammen for dette prosjektet. Det var en svakhet med studien at det ikke ble stilt krav til at pasienten skulle ha legemiddelpakningene de brukte foran seg under oppfølgingsintervjuet for å standardisere utgangspunktet bedre. Samtidig så gir studien kanskje et mer realistisk bilde av hva man kan forvente at pasientene kan huske ved en eventuell reinnleggelse dersom de ikke bringer med legemidler eller liste.

Det er en styrke for studien at det ble benyttet to grupper for å sammenligne resultatene før og etter intervensjonen. Det ble valgt å inkludere kontrollgruppen før intervensjonsgruppen for at fokuset på utbeding av legemiddellisten ikke skulle påvirke legens utforming av legemiddelinformasjonen i kontrollgruppen. Det er samtidig en svakhet at pasientene ikke ble randomisert til intervensjon og kontrollgruppe. Det var opprinnelig planlagt en randomisert kontrollert studie men dette lot seg ikke gjennomføre pga logistiske utfordringer relatert til tid, ressurser og fare for kontaminering (leger i kontrollgruppen som ville ha blitt eksponert for intervensjonen). Mangelen på randomisering øker faren for systematiske feilkilder som må tas med i vurderingen av resultatene. Det ble heller ikke utført statistiske tester, slik at resultatene fra studien ikke må overtolkes.

Pasientmaterialet i de to gruppene var relativt likt med hensyn på kjønn, andel som administrerte legemidlene sine selv, antall legemidler og fordelingen av de ulike typene legemiddelendringer. Pasientene i kontrollgruppen hadde derimot gjennomsnittlig ett legemiddel mer enn intervensjonsgruppen, men siden antall endringer i legemiddelregimene under sykehusoppholdet i de to gruppene var likt fordelt, og det primært var endringene vi var ute etter å undersøke har dette trolig ikke vært vesentlig for resultatene. Det var derimot en relativt stor aldersspredning i materialet og gjennomsnittsalderen i intervensjonsgruppen var 6 år lavere enn gjennomsnittsalderen i kontrollgruppen. Den ujevne aldersfordelingen kan ha påvirket resultatet da det har blitt inkludert alt fra relativt unge spreke pasienter med førstegangsinfarkt til gamle pasienter med flere tidligere infarkt og tilleggslidelser med tilhørende legemiddelbruk. Dette kan blant annet ha påvirket resultatet ved at de yngre pasientene i større grad har fått med seg den muntlige informasjonen som er gitt i tillegg, at pasientene har ulik interesse av å sette seg inn i behandlingen og at pasientene har ulik evne til å sette seg inn i skriftlig informasjonsmateriell. Dette kan bidra til begrenset generaliserbarhet av resultatene til andre poster med en eldre og mer ensartet pasientpopulasjon.

Det var mange variabler i denne studien som gjorde det vanskelig å vurdere hvor godt pasientene kjente sitt totale legemiddelregime. Detaljkunnskap om legemidlene var mangelfulle og varierte fra pasient til pasient. Noen husket navn, andre husket bruksområde, de færreste husket styrke, mens de fleste husket antall tabletter. Det ble valgt å godkjenne beskrivelser som ”to forskjellige blodfortynnende tabletter og en hjertemedisin på morgenen og en kolesterolsenkende på kvelden.” Ved å definere det å kunne redegjøre for behandlingen på denne måten kunne de fleste pasientene redegjøre for sin legemiddelbruk. Dersom det hadde det blitt krevd at de skulle kunne, navn, styrke og bruksområde ville kun et fåtall pasienter ha blitt vurdert til å kunne redegjøre for sin legemiddelbehandling.

Den begrensede kjennskapen til detaljer rundt egen legemiddelbehandling allerede ved utskrivning og kort tid etter hjemkomst bekrefter nok en gang behovet for en komplett oppdatert legemiddelliste.

Intervjuskjemaene og spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen var ikke validert. En validering ville ha bidratt til å teste ut om skjemaet inneholdt begrep/spørsmål som var forståelige for pasientene og sannsynligheten for at undersøkelsen målte det som var meningen å måle. Intervjuet med den første pasienten var egentlig tenkt som en liten

utprøvning, men det fungerte såpass greit at det ikke ble gjort endringer i skjemaene og resultatene ble tatt med i datamaterialet. Det var satt av plass til å spørre spesifikt om 5 legemidler, men i praksis ble pasientene spurt om alle legemidlene med endringer og minst et som ble videreført. Skjemaet burde blitt korrigert for dette, men ettersom alle intervjuene ble utført av samme person ble bare baksiden av arket tatt i bruk når det var behov for flere enn 5 rubrikker. Flere pasienter slet med å forstå to av spørsmålene knyttet til lesevennligheten, slik at disse måtte utdypes. Dette var de to måleparametrene der det ble funnet minst forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Uspesifikke spørsmål her kan dermed ha påvirket resultatene på disse måleparametrene.

4.4 Videre arbeid

Det at ny legemiddelmal ble utarbeidet i tillegg til epikrisen medførte noe merarbeid for legene. Det er et ønske på sikt at legemiddelmalen skal erstatte legemiddeldelen i epikrisen slik at fastlegen får samme informasjon som pasienten og at utarbeidelsen ikke medfører merarbeid for sykehuslegene. Det fungerte greit å bruke legemiddelmalen når pasientene fikk informasjonen rett i hånden ved utskrivning. Elektronisk overføring av tabellen i malen derimot bød på utfordringer, da innholdet forskjøv seg slik at innholdet ble dårlig lesbart for de som mottok epikrisen elektronisk. Erfaringer fra studien har resultert i et nytt utkast til mal med små justeringer som vil bli testet ut i etterkant av prosjektet samtidig som det må jobbes videre med ”låsing” av mal på en slik måte at den også kan overføres elektronisk. Erfaringen fra undersøkelsen for øvrig er at informasjonen og opplæringen av legene kunne vært mer optimal ved oppstart. Dersom legemiddelmalen skal tas i bruk i normal drift er det viktig med god opplæring i forhold til hensikt og bruk av malen for alle leger slik at innholdet kan standardiseres best mulig.

5 Konklusjon

Pasientene som fikk den nye legemiddel malen opplevde en høyere grad av lesevennlighet og nytteverdi enn pasientene som fikk den tradisjonelle epikrisen. Pasientene i begge grupper hadde fulgt opp legemiddelendringene og oppfølgingsplanen i like stor grad etter utskrivningen, men pasientene som fikk den nye legemiddelmalen fikk raskere oversikt over legemiddelopplysningene og kunne redegjøre for over dobbelt så mange av sine legemiddelendringer allerede ved utskrivning. Kunnskap om bruksårsaken blant pasientene som fikk den nye legemiddelmalen hadde økt betraktelig etter utskrivning. Den nye legemiddelmalen synes dermed å ha økt lesevennlighet og nytteverdi for pasientene og bidrar sannsynligvis til at pasientene får raskere oversikt, samt bedre kunnskap om sine legemidler.

Referanser

1. Den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". (besøkt 19.november 2011); Available from: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>
2. St.meld. nr 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
3. Frydenberg K, Brekke M. Communication about drug use in referrals, acute admissions and discharge letters. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011 May 20;131(9-10):942-5.
4. Myhr R, Kimsas A. Medication errors when transferring within health care services. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999 Mar 20;119(8):1087-91.
5. Midlov P et al. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharm World Sci*. 2005 Apr;27(2):116-20.
6. Midlov P et al. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci*. 2008 Jan;30(1):92-8.
7. Glintborg B et al. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb;16(1):34-9.
8. Wilson S et al. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. 2001 Dec;21(4):104-8.
9. Moore C et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003 Aug;18(8):646-51.
10. Williams EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. *BMJ*. 1988 Sep 24;297(6651):784-7.
11. Davies EC et al. Emergency re-admissions to hospital due to adverse drug reactions within 1 year of the index admission. *Br J Clin Pharmacol*. 2010 Nov;70(5):749-55.
12. Rognstad S, Straand J. Do general practitioners know what medication community nurses give their shared patients? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004 Mar 18;124(6):810-2.
13. Midlov P et al. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci*. 2008 Dec;30(6):840-5.
14. Bergkvist A et al. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009 Oct;65(10):1037-46.
15. Veileder om Legemiddelhåndtering for Helse Sør-Øst RHF. Oslo: Regionalt legemiddelforum i Helse Sør-Øst, 2010.
16. Lim S et al. Quality assessment of drug reconciliation at discharge. Poster ESCP-kongress. Utrecht, 2011.
17. Scullin C et al. An innovative approach to integrated medicines management. *J Eval Clin Pract*. 2007 Oct;13(5):781-8.
18. Manning DM et al. 3D: a tool for medication discharge education. *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb;16(1):71-6.
19. Eggink RN et al. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci*. 2010 Dec;32(6):759-66.
20. Viktil KK et al. Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs). *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2006 Sep;15(9):667-74.

Vedlegg

- I. Prosjektprotokoll
- II. Svarbrev fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
- III. Tilsagn fra Personverneombudet
- IV. Godkjenning fra Forskningsenheten ved Sykehuset Innlandet HF
- V. Samtykkeskjema
- VI. ”Ny legemiddelmal” brukt i studien
- VII. Intervjuguide
- VIII. Intervjuskjema ved utskrivning
- IX. Intervjuskjema ved oppfølging

Vedlegg I - Prosjektprotokoll

Protokoll:

Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Versjon 1.0

**Optimalisering av legemiddelinformasjon til pasient i form av
standardisert legemiddelresymè**

Masteroppgave i klinisk farmasi, UIO

Prosjektleder: Hilde Holm, Cand.pharm, Masterstudent i Klinisk farmasi

Veileder: Per Olav Vandvik, kst.overlege, Dr.med, Indremed.avd SIHF Gjøvik

Veileder: Karin Frydenberg, spesialist i allmennmedisin, Praksiskonsulent SIHF Gjøvik

Veileder (intern UIO): Kirsten K Viktil, Cand.pharm, PhD, Farmasøytisk institutt, UIO

Forskningsansvarlig: Sykehuset Innlandet HF

Institusjon: Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik

PROSJEKTBEKRIVELSE

Bakgrunn

I forbindelse med sykehusopphold skjer det ofte endringer i legemiddelbehandlingen i form av oppstart med nye legemidler, doseendringer og seponeringer. Flere studier viser at legemiddelfeil ved utskrivning er vanlig (1-7) og kan assosieres med økt risiko for reinnleggelse (6,7). En norsk studie avdekket totalt 100 feil i legemiddelopplysningene hos 19 av 20 pasienter som ble overført fra sykehus til sykehjem eller kommunehelsetjeneste (1). I en svensk studie blant eldre med hjemmesykepleie ble det funnet minst en feil i legemiddeloverføringen hos 19 av 35 pasienter. Legemiddelfeil ved overføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten forekom for 62 av totalt 369 legemidler (17 %) (2).

En engelsk studie viste at hver femte pasient som ble reinnlagt på sykehus innen et år ble innlagt pga av bivirkninger. 20 % av legemidlene som forårsaket reinnleggelser var nyoppstartet i forbindelse med første innleggelse og når man så på reinnleggelser innen første måned var andel nyoppstartede legemidler årsak til 33 % av de legemiddelrelaterte reinnleggelserne (8). Dette viser viktigheten av å ha gode rutiner for å sikre kontinuitet i behandlingen og tilstrekkelig informasjon ved utskrivning. Et av de foreslåtte tiltakene er å bedre kommunikasjon om legemiddelbehandling med pasientene.

En prosjektrapport fra norsk forening for farmakologi har nylig slått fast at forbedring i overføring av pasientopplysninger mellom ulike aktører i helsevesenet, og faglige vurderinger av den enkeltes legemiddelbehandling blant annet ved aktiv bruk av kliniske farmakologer og kliniske farmasøyter er viktige forhold som kan bidra til tryggere legemiddelbehandling (9).

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I trygge hender 2011-2014" har plukket ut legemiddelhåndtering med fokus på samstemming av legemiddelopplysninger ved overflytting mellom enheter og nivåer i helsetjenesten som et av innsatsområdene. Uriktig forskrivning, administrasjon av, eller samhandling om legemidler regnes internasjonalt som en av de hyppigste årsakene til pasientskade hos eldre pasienter. Meldesentralens statistikk viser at 27 prosent av meldingene er legemiddelrelaterte hendelser. Fagrådet i kampanjen har fastslått at manglende samhandling/samstemming av legemidler ved overflyttinger mellom enheter og nivåer i helsetjenesten er en hovedutfordring. Dette er en del av samhandlingsproblematikken og dekker et bredt felt av helsetjenester, mange ledd i gjennomføringskjeden og flere profesjoner (10).

Entydig og oversiktlig informasjon om legemiddelbehandling ved overflytning mellom enheter kan bidra til økt pasientsikkerhet. Helse Sør Øst har i sin veileder om legemiddelhåndtering angitt at rutiner for utskrivning og overføring til annet behandlingsnivå, inkludert fullstendig og entydig oversikt over legemiddelbehandlingen, skal ha høy prioritet (11). Sykehuset Innlandet har interne prosedyrer og samarbeidsrutiner med kommunehelsetjenesten som sier at pasienten, og eventuell kommunehelsetjeneste som bistår pasienten med legemiddelhåndteringen, skal ha skriftlig informasjon om videre legemiddelbehandling og

oppfølging. Slik skriftlig legemiddelinformasjon må derfor være forståelig både for pasient og involvert helsepersonell.

Standardiserte og entydige legemiddelresymè er vist å være et enkelt og effektivt verktøy for kommunikasjon av legemiddelopplysninger ved utskriving, som bidrar til reduksjon av legemiddelfeil (3,12,13). En svensk forskningsgruppe viste at de ved å gi pasientene et detaljert legemiddelresymè halverte antall pasienter med minst en legemiddelfeil, fra 66 % til 32 % (3). De kliniske konsekvensene av legemiddelfeilene (3) og behov for medisinsk oppfølging som følge av legemiddelfeil ble også halvert (12). Legemiddelfeil ble ytterligere redusert med 45 % når en farmasøyt kvalitetskontrollerte utskrivningsinformasjonen ved overføring fra sykehus til primærhelsetjenesten (14).

For å sikre kontinuitet i behandlingen og tilstrekkelig oppfølging er det vesentlig at sykehuset gir pasient, fastlege og kommunehelsetjeneste tilstrekkelig informasjon om endringer som er foretatt, videre behandling og behov for oppfølging. Ved medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik gis skriftlig informasjon til pasient, fastlege og kommunehelsetjeneste i form av epikrise med legemiddelopplysninger. Epikrisen er primært utformet for overføring av informasjon om sykehusoppholdet og videre legemiddelbehandling til pasientens lege. Legemiddelopplysningene angis til dels i form av legemiddelliste og til dels i epikriseteksten. Deler av informasjonen i epikrisen er av mindre interesse/uforståelig for pasienten og evt. også for hjemmesykepleie. Det anses å være behov for mer pasientvennlig utskrivningsinformasjon med et detaljert legemiddelresymè som entydig angir alle endringer i legemiddelbehandlingen som er foretatt i sykehuset.

Mål

Hovedhensikten ved prosjektet er å optimalisere den skriftlige informasjonen til pasient om videre legemiddelbehandling etter utskrivelse fra sykehus.

- Utarbeide et standardisert oppsett for skriftlig legemiddelinformasjon ved utskrivelse fra sykehuset, i form av et oversiktlig legemiddelresymè.
- Undersøke lesevennlighet/grad av forståelse av legemiddelresymèet for pasient

Delmål

- Kartlegge om endringer foretatt i sykehuset blir fulgt opp av pasient eller evt. hjemmesykepleie i henhold til mottatt legemiddelresymè.

Gjennomføring

Metode

Prosjektet gjennomføres som del av masterstudiet i Klinisk farmasi og gjennomføres ved indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik.

50-60 pasienter inkluderes fortløpende i løpet av en 3 måneders periode. Pasientene som inkluderes blir randomisert i til en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe.

Pasientene registreres med kodenummer. Liste med kodenummer = navn oppbevares avlåst og adskilt fra registrerte data.

Inklusjonskriterier:

- Voksne kvinner og menn over 18 år innlagt i aktuell avdeling
- Bruker medisiner ved utskrivelse
- Det er foretatt endringer i legemiddelbehandlingen under sykehusoppholdet. Endringer defineres her som oppstart av nytt legemiddel, seponering av legemiddel eller endring av dose for legemiddel brukt før innleggelse
- Informert samtykke, må ha samtykkekompetanse
- Skrives ut til hjemmet
- Ordner medisiner selv eller mottar bistand til legemiddelhåndtering fra hjemmesykepleie

Fase 1: Forberedelser

Det utarbeides en mal for legemiddelresumè der legemiddelopplysningene kan presenteres på et pasientvennlig språk og en standardisert måte som gir entydig informasjon om videre legemiddelbehandling og oppfølging.

Legemiddelresumè skal inneholde innleggesårsak, endringer i legemiddelbehandlingen som er foretatt under oppholdet, årsak til endring, plan for oppfølging, samt en entydig legemiddelliste med informasjon om hvilke legemidler som skal brukes videre. Av legemiddellisten skal det også fremgå tydelig informasjon om dose, doseringstidspunkt, hva legemidlet brukes for og eventuelle spesielle ting som det må tas hensyn til. Det utarbeidede legemiddelresymet pilottestes.

Fase 2: Inklusjonsfasen, pasientintervju ved utreise

Pasienter som oppfyller kriterier for deltagelse inkluderes fortløpende etter samtykke er innhentet. Pasientene randomiseres til to like grupper, en kontrollgruppe (25-30 pasienter) og en intervensjonsgruppe (25-30 pasienter). Pasientene randomiseres fortløpende etter hvert som de inkluderes ved hjelp av loddtrekning.

Kontrollgruppe:

Pasienter i kontrollgruppen mottar vanlig standard praksis med hensyn til legemiddelinformasjon ved utskrivning, dvs. muntlig informasjon fra lege og evt. sykepleier samt skriftlig informasjon i form av epikrise.

Pasienten bes om å lese epikrisen før de skal reise. Etter pasienten har lest epikrisen gjennomfører farmasøyt intervju med pasient før hjemreise og kartlegger pasientens forståelse av egen legemiddelbehandling med fokus på endringer foretatt i sykehuset, videre legemiddelbehandling og oppfølging. Pasientens inntrykk av epikrisen med tanke på oversiktighet, entydighet, lesevennlighet og sikkerhet i forhold til legemiddelbehandlingen etterspørres.

For pasienter i kontrollgruppen sendes epikrise på vanlig måte til fastlege og eventuell hjemmesykepleie.

Intervensjonsgruppe:

Farmasøyt utarbeider legemiddelresymet til den aktuelle pasienten i samarbeid med utskrivende lege med utgangspunkt i medisinkurve og journalopplysninger.

Legemiddelresymet kontrolleres og godkjennes av utskrivende lege.

Pasient mottar legemiddelresymet i tillegg til standardinformasjon på lik linje med kontrollgruppen.

Pasienten bes om å lese legemiddelresymet før de skal reise. Etter pasienten har lest legemiddelresymet gjennomfører farmasøyt intervju med pasient før hjemreise og kartlegger pasientens forståelse av egen legemiddelbehandling med fokus på endringer foretatt i sykehuset, videre legemiddelbehandling og oppfølging. Pasientens inntrykk av legemiddelresymet med tanke på oversiktighet, entydighet, lesevennlighet og sikkerhet i forhold til legemiddelbehandlingen etterspørres.

For pasienter i intervensjonsgruppen sendes legemiddelresymet sammen med epikrise til fastlege og eventuell hjemmesykepleie.

Fase 3: Intervju etter hjemkomst

Ca 2 - 3 uker etter utskrivelsen innhentes opplysninger om hva pasienten faktisk bruker av legemidler via telefonintervju med pasient eller i form av legemiddelliste fra hjemmesykepleien. Gjennomføres både for kontroll- og intervensjonsgruppen.

Registrering av data:

Fase 1:

- ingen data registreres

Fase 2:

- Alder, kjønn
- Hvorvidt pasienten administrerer legemidler selv eller får bistand fra hjemmesykepleie evt. multidose.
- Antall og type legemidler ved utskrivning, inkludert styrke, administrasjonsform og dose
- Legemidler igangsatt, seponert og dosejustert under sykehusoppholdet. Legemidler som er både startet og seponert under sykehusoppholdet, f.eks. tromboseprofylakse registreres ikke.
- Legemidler med opp- eller nedtrappingsplan
- Planlagt oppfølging med hensyn til legemidler i poliklinikk eller hos egen fastlege
- Pasientens vurdering av epikrise/legemiddelresymet mht til lesevennlighet

Fase 3:

- Antall og type legemidler som benyttes, inkludert styrke, administrasjonsform og dose
- Eventuelle endringer foretatt av lege eller pasient
- Antall legebesøk etter utskrivelse
- Eventuelle avvik som avdekkes diskuteres med pasientens fastlege og eventuelle legemiddelrelaterte problem (LRP) registreres etter norsk system for klassifisering av legemiddelrelaterte problemer (15)

Kopi av legemiddelresymet og epikrise oppbevares fra pasient skrives ut, for bruk i forbindelse med telefonintervju, og til studien er avsluttet, senest innen utgangen av 2012.

Studiens utkommemål

Studiens hovedmål er å:

1. Utarbeide et standardisert legemiddelresymet til pasient
2. Kartlegge grad av lesevennlighet, forståelse og entydighet av legemiddelresymet for pasienten slik at legemidlene kan brukes som avtalt etter utskrivning.

Dette måles ved å se på:

Pasientens vurdering av epikrise/legemiddelresymè mht lesevennlighet

- Antall (andel) pasienter som angir at epikrise/legemiddelresymè har en utforming som gir høy grad av forståelse.
- Antall (andel) pasienter som angir at epikrise/legemiddelresymè gir høy grad av trygghet
- Antall (andel) pasientens som har kjennskap til endringer foretatt under sykehusoppholdet etter å ha lest epikrise/legemiddelresymè
- Antall (andel) pasientens som har kjennskap til opp eller nedtrappingsplan etter å ha lest epikrise/legemiddelresymè
- Antall (andel) pasienten som har kjennskap til oppfølging i poliklinikk eller hos egen fastlege etter å ha lest epikrise/legemiddelresymè

Om legemiddelbehandlingen som angitt i epikrise/legemiddelresymè følges 2-3 uker etter utskrivelsen

- Antall (andel) og type avvik fra epikrise/ legemiddelresymè 2-3 uker etter utskrivelse
- Antall (andel) nye legemidler startet i sykehus som ikke brukes 2-3 uker etter utskrivelse
- Antall (andel) seponerte legemidler som fortsatt brukes 2-3 uker etter utskrivelse
- Antall (andel) dosejusteringer som ikke er fulgt opp i henhold til anbefaling 2-3 uker etter utskrivelse
- Antall (andel) pasienter som kjenner indikasjon for sine legemidler 2-3 uker etter utskrivelse

Etiske betraktninger (Etikk og sikkerhet)

Person

Det vil bli søkt godkjennelse hos Regional Etisk Komité (REK) og Pasientverneombudet.

Studien har til hovedhensikt å optimalisere legemiddelinformasjonen ved skifte av omsorgsnivå. Det kreves ikke belastende kliniske undersøkelser av pasienten. Allerede eksisterende data, rutinemessig ervervet i sykehuset benyttes som grunnlag for utarbeidelse av legemiddelresymè og intervju av pasient. Pasientens innsikt i forhold til legemiddelbehandlingen blir i tillegg registrert. Data blir registrert som aidentifiserte data. Det benyttes et kodennummer per pasient som oppbevares adskilt fra de registrerte data.

Pasientene som inkluderes vil få muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Det innhentes skriftlig samtykke for deltagelse i intervju og innhenting av legemiddelopplysninger fra hjemmesykepleien etter utreise.

Pasienten i intervensjonsgruppen vil gjennom deltagelse i prosjektet få et skriftlig kvalitetssikret legemiddelresymè med opplysninger om sin egen legemiddelbruk og endringer som er foretatt på sykehuset.

Pasientens belastning i forbindelse med prosjektet vil bestå i et intervju med farmasøyt før utreise, samt et telefonintervju etter man har kommet hjem. I forbindelse med telefonintervjuet vil pasienten også få mulighet til å snakke med farmasøyten og få avklart eventuelle spørsmål rundt sine legemidler.

Terapiteam

Utskrivende lege konsulteres i forhold til innhold i legemiddelresymè og godkjenner innholdet. Det blir satt fokus på innhold i legemiddelliste og sikkerheten rundt videre legemiddelbehandling. Legemiddelinformasjonen fra sykehus til pasient/hjemmesykepleie kvalitetssikres. Prosjektet krever at farmasøyt har tilgang til pasientopplysninger i journal.

Samfunn

God legemiddelinformasjon ved skifte av omsorgsnivå er viktig for å sikre kontinuitet og effektivitet i behandlingen, og at endringer foretatt i sykehus blir fulgt opp etter utskrivning.

Økt fokus på informasjon kan bidra til å redusere legemiddelfeil og forhindre uønskede effekter og bivirkninger som kan gi økt bruk av helsetjenester og økte kostnader. Samtidig kan tiltakene øke pasientens livskvalitet.

Fremdriftsplan

Januar 2011: Kortfattet oppgavebeskrivelse

Februar 2011: Godkjenning av oppgavebeskrivelse i programråd ved UIO

Mars/april 2011: Protokoll, søknad REK, Pasientinformasjon/-samtykkeskjema, Personvernombud etc.

April/mai/juni 2011: Utarbeide mal for legemiddelresymè og verktøy til datainnsamling

September/oktober/november 2011: Datainnsamling (2-3 mnd – inntil 60 pasienter)

November 2011 – januar 2012: Bearbeide resultater, analysere og skrive masteroppgave

Februar 2012: Forsvare masteroppgave

Finansiering

Frikjøp fra Sykehusapotekene 50 % i 5 mnd til gjennomføring av prosjekt.

Publisering

Masteroppgave i klinisk farmasi, UIO

Generaliserbarhet

Det antas at resultatene fra studien vil kunne være gjeldende for tilsvarende pasientgrupper ved andre avdelinger i sykehuset.

Referanser:

1. Myhr R, Kimsas A, Feilmedisinering ved skifte av behandlingsnivå. Tidsskrift for Norske lægeforening. 1999;119:1087-91
2. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson A, Eriksson T, Höglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. Pharm World Sci. 2005 Apr;27(2):116-20
3. Midlöv P, Holmdahl L, Eriksson T, Bergkvist A, Ljungberg B, Widner H, Nerbrand C, Höglund P. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci. 2008 Jan;30(1):92-8.
4. Glinborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Health Care 2007;16:34–39.
5. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. J Qual Clin Pract. 2001 Dec;21(4):104-8.
6. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):646-51.
7. Williams EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. BMJ. 1988 Sep 24;297(6651):784-7.
8. Davies EC, Green CF, Mottram DR, Rowe PH, Pirmohamed M. Emergency re-admissions to hospital due to adverse drug reactions within 1 year of the index admission. Br J Clin Pharmacol. 2010 Nov;70(5):749-55.
9. Norsk forening for klinisk farmakologi. Rapport til Legeforeningen fra prosjekt «Trygg legemiddelbehandling».
http://intranett.legeforeningen.no/asset/49936/1/49936_1.pdf
10. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I Trygge Hender 2011-2014"
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no> (mars 2011)
11. Veileder om legemiddelhåndtering - Helse Sør-Øst RHF av 30. mars 2010.
12. Midlöv P, Deierborg E, Holmdahl L, Höglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci. 2008 Dec;30(6):840-5.
13. Manning DM, O'Meara JG, Williams AR, Rahman A, Myhre D, Tammel KJ, Carter LC. 3D: a tool for medication discharge education. Qual Saf Health Care. 2007 Feb;16(1):71-6.
14. Bergkvist A, Midol P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors—LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. Eur J Clin Pharmacol. 2009 Oct;65(10):1037-46.
15. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:3073-6.

Vedlegg II – Svarbrev fra REK



Region: REK sør-øst
Saksbehandler: Katrine Ore
Telefon: 22 84 55 17

Vår dato: 09.06.11
Vår referanse: 2011/808b
Deres dato:
Deres referanse:

Cand. pharm. Hilde Holm
Sykehusapotekene HF
Kyrre Greppsgt 11
2819 Gjøvik

2011/808b Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møte 04.05.11.

Prosjektleder: Kirsten Kilvik Viktil
Forskningsansvarlig: Sykehuset Innlandet HF ved øverste ledelse
Mastergradsstudent i farmasi: Hilde Holm

Saksfremstilling

Formålet med studien er å forsøke å optimalisere den skriftlige informasjonen fra sykehuset til den enkelte pasient vedrørende videre legemiddelbehandling. Det skal i prosjektet utarbeides en standardisert mal for legemiddelinformasjon i form av et oversiktlig legemiddelresymè som beskriver endringer foretatt i sykehuset og hva pasienten skal bruke av legemidler videre. Dette testes ut på 50-60 pasienter totalt (hvorav halvparten i kontrollgruppen). Testen skjer i to runder: 1) Et intervju ved utskrivning undersøker grad av lesevennlighet og pasientenes forståelse av informasjonen. 2) I tillegg kartlegges det 2-3 uker etter sykehusoppholdet om pasient/hjemmesykepleie følger opp legemiddelbehandlingen i henhold til legemiddelresymè. Leservevennlighet, forståelse og oppfølging sammenlignes med en kontrollgruppe som får informasjon om legemiddel på den måten det regelmessig gjøres i dag, som en del av epikrisen og utskrivelsessamtalen.

Forskningsetisk vurdering

Det er klart ønskelig å utvikle så god som mulig informasjon om legemiddelbehandling etter utskrivning, for å hindre feilmedisinering. Prosjektet er samtykkebasert, og med unntak av tiden som brukes på intervjuene, er det få ulemper for deltakerne. Rutinene for behandling av helseopplysningene virker tilfredsstillende.

En ting som er uklart, gjelder intervjuet som gjøres 2-3 uker etter utskrivelse. I noen tilfeller skal pasientene selv intervjues, i andre tilfeller (der hjemmesykepleier bistår med å gi legemidler) er det

Postadresse:
Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo

E-post: post@helseforskning.etikk.no
Telefon: 22 84 55 11
Web: <http://helseforskning.etikk.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

noen fra hjemmesykepleien som skal intervjues. Det er imidlertid ikke klart om det i de siste tilfellene både er pasient og hjemmesykepleien som intervjues, eller bare hjemmesykepleien. Det antas at begge skal intervjues, da ikke alle spørsmålene gjelder bruk av medisiner og kan dermed ikke besvares av hjemmesykepleien. Hvis dette stemmer, må imidlertid samtykkeskjemaet endres slik at man ikke samtykker til enten å selv bli intervjuet eller at hjemmesykepleien intervjues. Det bør også i informasjonsskrivet angis to kontaktpersoner med telefonnumre hvis man skulle ønske å trekke seg fra studien.

Vedtak

Søknaden godkjennes, på vilkår av at informasjonsskrivet endres som beskrevet ovenfor.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, med de innarbeidelser av endringer komiteen har satt som vilkår for godkjenning samt de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsdata i studien skal lagres i avidentifisert form, dvs. at helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson og hvor identitet bare kan tilbakeføres ved sammenstilling med de samme opplysninger som tidligere ble fjernet (se helseregisterloven § 2 nr.2). Ved prosjektslutt skal prosjektdata slettes og koblingsnøkkel i prosjektet skal destrueres på en slik måte at forskningsdata i prosjektet fremstår som anonyme, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson (helseregisterloven § 2 nr.3).

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Godkjenningen gjelder til 31.12.2011. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt, jfr helseforskningsloven § 12.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Postadresse:
Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Telefon: 22 84 55 11
Web: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post.
Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Ilnes (sign.)
professor dr. med
Komitéleder

Katrine Ore
komitésekretær/rådgiver

Kopi: Sykehuset Innlandet HF ved øverste ledelse
Per Olav Vandvik, Konstituert overlege, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik

Postadresse:
Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Telefon: 22 84 55 11
Web: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn
via vår saksportal eller på e-post.
Vennligst oppgi vårt referansenummer i
korrespondansen.

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Katrine Ore	22845517	06.10.2011	2011/808/REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			29.08.2011	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Cand. pharm. Hilde Holm

Sykehusapotekene HF

Kyrre Greppsgt 11

2819 Gjøvik

Prosjektleder: Kirsten Kilvik Viktil

Forskningsansvarlig: Sykehuset Innlandet HF ved øverste ledelse

Mastergradsstudent i farmasi: Hilde Holm

Vi viser til innsendt skjema for prosjektendringer 29.08.11.

De omsøkte endringene dreier seg om endring i randomiseringsmetode. I den opprinnelige søknaden er det angitt at pasientene etter å ha blitt inkludert, randomiseres til en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe ved hjelp av loddtrekning. Dette endres til at deltagerne inkluderes fortløpende som opprinnelig angitt, men at de 25-30 første pasientene som inkluderes utgjør kontrollgruppen. Deretter iverksettes intervensjonen og pasientene som inkluderes utgjør intervensjonsgruppen. Bakgrunnen for endringen er at det blir praktisk vanskelig å gjennomføre randomiseringen som opprinnelig planlagt i en travel hverdag i avdelingen.

Prosjektslutt er 31.12.2012 og ikke 31.12.2011.

Forskningsetisk vurdering

Komiteens leder Stein Opjordsmoen lner har på delegert fullmakt vurdert endringssøknaden.

REK sør-øst B har ingen forskningsetiske innvendinger til at prosjektet videreføres med de omsøkte prosjektendringene.

Vedtak

Komiteen har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i

Besøksadresse: Gullhaug torg 4 A, Nydalen, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikk.no Web: www.helseforskning.etikk.no	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
---	--	---	---

helseforskningsloven § 11.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, med de innarbeidelser av endringer komiteen har fått tilsendt som beskrevet i dette vedtaksbrevet, samt de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Godkjenningen gjelder til 31.12.2012

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema senest et halvt år etter prosjektslutt, jfr helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Ilner (sign.)
professor dr. med

komiteens leder

Katrine Ore
Komitésekretær/Rådgiver REK sør-øst B,

Kopi til: PerOlav.Vandvik@sykehuset-innlandet.no

Vedlegg III – Tilsagn fra Personverneombud

Fra: Helge Grimnes [UXGRIH@ous-hf.no]
Sendt: 25. august 2011 14:10
Til: Hilde Holm
Emne: SV: Meldeskjema Legemiddelinformasjon ved utskrivning
SIHFG(2011/10591)

Hei

Takk for avklaringer.

Siden SI er forskningsansvarlig og data kun skal bearbeides ved SI, på forskningsserver der, så er informasjonssikkerheten i prosjektet ivaretatt tilfredsstillende.

Minner om at varighet til 2017 må fremgå av samtykkeinformasjonen.

Varigheten til 2017 må også være godkjent av REK.

Denne eposten teller som dokumentasjon på vår vurdering.

Lykke til med studien! :-)

Vennlig hilsen
Helge Grimnes
Personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Stab fag & pasientsikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

23 01 50 52 (kontor)

40 21 00 35 (mobil)

22 11 96 44 (fax)

www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Vedlegg IV – Godkjenning fra forskningsenheten SIHF



Sykehuset Innlandet HF

200700812-117 08092011
S20 HELDIR

BEVAR

Prosjektnr. SIHF E11217
Fylles ut av SI ved 1. gangs registrering

- Registreringsskjema for:
- All forskning
 - Utviklings- kvalitetsprosjekter som benytter person-/journalopplysninger

Ved **førstegangsregistrering**: Fyll ut alle hvite og grønne skraverte felter i skjemaet
Ved **endringer- årlig statusmelding**: Fyll ut de grønne skraverte feltene, prosjektnr og feltene hvor eventuelle endringen foreligger.


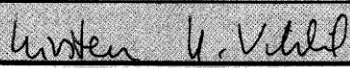
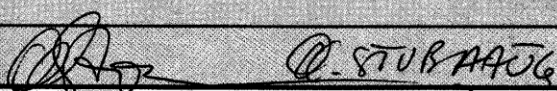

1. Prosjektets tittel			
Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus- Optimalisering av legemiddelinformasjon til pasient (standardisert legemiddelresymé)			
2. Prosjektleder (For forsknings prosjekter angis seniorforsker/hovedveileder for prosjektet. Ellers angis avdelings sjef.)			
Tittel:	PhD / Cand pharm	Navn:	Kirsten Kilvik Viktil
Avdeling:			
Divisjon:	Farmasøytisk Institutt	Institusjon:	Universitetet i Oslo
Telefoner:	22856608 / 41332217	E-post:	kirstkv@farmasi.uio.no
3. Forsker/stipendiat (Den person i Sykehuset Innlandet som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet.)			
Tittel:	Mastergradsstudent i Klinisk Farmasi	Navn:	Hilde Holm
Avdeling:	Indremedisinsk avdeling		
Divisjon:	Gjøvik	Institusjon:	SIHF
Telefoner:	61157301 / 61157320 / 93889452	E-post:	hilde.holm@sykehusapotekene.no
4. Samarbeidspartnere (interne/eksterne)			
Navn:	Avdeling:	Divisjon:	Institusjon
Per Vandvik	Indremedisinsk avd	Gjøvik	SIHF
Karin Frydenberg	Indremedisinsk avd	Gjøvik	SIHF
5. Prosjekt mål (hoved- og delmål) Maksimalt 7 linjer. Beskrivelse utover dette kommer ikke med på den signerte utskriften!!!			
Formålet med studien er å forsøke å optimalisere den skriftlige informasjonen fra sykehuset til den enkelte pasient vedrørende videre legemiddelbehandling. Det utarbeides en standardisert mal for skriftlig legemiddelinformasjon i form av et oversiktlig legemiddelresymé som beskriver endringer foretatt i sykehuset og hva pasienten skal bruke av legemidler videre. Leservennlighet og pasientens forståelse av informasjonen undersøkes. Det kartlegges også i hvilken grad pasienten eller eventuelt hjemmesykepleien følger opp legemiddelbehandlingen i henhold til legemiddelresymé etter utskrivning.			
6. Prosjektbeskrivelse (bakgrunn, metoder, evt. resultater) Maksimalt 7 linjer. Samme regel som punkt 5			
Under sykehusopphold skjer det ofte endringer i legemiddelbehandlingen. Nye legemidler tas i bruk, enkelte legemidler stoppes og doser justeres. Flere studier viser at legemiddelfeil ved utskrivning er vanlig og kan assosieres med økt risiko for reinnleggelser. Det er ønskelig å utvikle så god som mulig informasjon om endringer i legemiddelbehandlingen og oppfølging etter utskrivning for å forebygge feilmedisinering. Standardisert legemiddelresymé utarbeides og testes på 25-30 pasienter som sammenlignes med en tilsvarende kontrollgruppe. Begge grupper intervjues ved utreise ift grad av lesevennlighet og pasientenes forståelse av informasjonen. 2-3 uker etter sykehusoppholdet innhentes opplysninger om pasienten/hjemmesykepleien følger opp legemiddelbehandlingen i henhold til legemiddelresymé.			
7. Omfatter prosjektet bruk av identifiserbare/avidentifiserte personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?			Ja Nei
Hvis ja: Nye prosjekter må fylle ut eget skjema og sende personvernombudet (www.uus.no/personvern)			X
Oppgi ref. nummer fra personvernombudet Ullevål når det foreligger, ev.prosjektnummer hos NSD:			2011/10591



Prosjektnr. Sl:	0
-----------------	---

8. Prosjektperiode (fra rekruttering til og med en periode på 5 eller 15 år etter publisering/avslutning)				
Oppstart:	15.08.2011	Forventet avslutning:	31.12.2017	
Alle data som er personidentifiserbare eller av-identifiserte må lagres på sykehusets forskningsserver.				
9a. Foreslå navn for prosjektets mappe på forskningsserveren (Kort navn, ev. prosjektkode)				
Legemiddelinformasjon ved utskrivning				
9b. Personer som skal ha tilgang til prosjektets mappe.				
Eksterne veiledere som ikke har tilgang til nettet, kan søke om å få E-brukerstatus gjennom avdelingsleder for aktuell avdeling.			Rettigheter	
Navn:	Oppgi b-brukernummer	Avdeling	Lesetilgang	Lese og skrive
Hilde Holm	b34577	Indremedisinsk avdeling		X
Per Vandvik	b13399	Indremedisinsk avdeling	X	
Kirsten Viktil	ekstern	Universitetet i oslo	X	

10a. Er dette et utviklingsprosjekt? Kryss av for ja eller nei		Ja	Nei									
			X									
10b. Er dette et kvalitetssprosjekt? Kryss av for ja eller nei			X									
	Hvis ja på 10a eller b, avslutter du her. Signer skjemaet på siste side (punkt 22 og 23) og send det til Informasjonssikkerhetsleder SIHF pb. 104, 2381 Brumunddal) Elektronisk kopi sendes til hakon.iverson@sykehuset-innlandet.no											
10c. Er dette et forskningsprosjekt? Kryss av for ja eller nei		X										
Hvis ja, fyller resten av skjemaet ut, signeres og sendes til Forskningsjef ved SIHF, pb. 104, 2381 Brumunddal Elektronisk kopi sendes til forskningsavdelingen@sykehuset-innlandet.no												
11. Emneord for prosjektet, fra Medical Subject Heading (max. 5) http://www.nih.gov/mesh/meshhome.html												
Patient Discharge, Drug Prescriptions, Medication errors, Medication Reconciliation, Continuity of Patient Care												
12. Prosjekttipe (Sett kryss bak/under ja eller nei)												
Forskerinitiert prosjekt:	Ja	X	Nei	Oppdragsforskning:	Ja		Nei	X	Ja		Nei	
Rent SI-prosjekt:	Ja	X	Nei	Multisenter prosjekt ledet av SI:	Ja		Nei	X	Multisenter prosjekt ledet av ekstern enhet		X	
13. Er prosjektet meldepliktig til REK (Regional etisk komité)										X		
Ved tvil skal Personvernombudet ved Ullevål US ved: Helge.Grimnes@ulleval.no kontaktes												
Oppgi REK-nr når det foreligger. Ev. ved første årlige statusmelding									2011/808b			
14. Omfatter prosjektet biobank?												X
Hvis ja, kontakt biobankansvarlig SIHF: Jon.Elling.Whist@sykehuset-innlandet.no												
Oppgi biobank-nr når det foreligger. Ev. ved første årlige statusmelding												
15a Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som har diagnostiske eller behandlingskonsekvenser for deltakeren?												X
Hvis ja, omfattes prosjektet av bioteknologiloven og punkt 15b må besvares.												

 Sykehuset Innlandet HF		Prosjektnr. SI: 0		
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">Ja</td> <td style="width: 50px;">Nei</td> </tr> </table>	Ja	Nei
Ja	Nei			
15b. Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som kan forutsi sykdom eller påvise bærertilstand for arvelige sykdommer og som kan tilbakeføres til deltakeren? Hvis ja, må det gis genetisk veiledning. jfr. Bioteknologiloven.		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
16. Omfatter prosjektet utprøving av legemiddel? Hvis ja, må søknad sendes Statens legemiddelverk (hvis ikke sponsor/oppdragsgiver har gjort det)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
17. Omfatter prosjektet utprøving av medisinsk-teknisk utstyr? Hvis ja, må Medisinsk teknisk avdeling kontaktes før utstyret tas i bruk.		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
18. Skal det inngås kontrakter i forbindelse med prosjektet? Hvis ja, må forskningsenheten i Sykehuset Innlandet kontaktes		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
19. Tilleggsforsikring Er det nødvendig med tilleggsforsikring ut over standard dekning fra Norsk pasientskadeerstatning(NPE)? Hvis ja, hvilken type forsikring?		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
20. Er prosjektet en klinisk studie? Etter at reglene ble endret i 2007 skal i praksis de fleste kliniske studier meldes til (www.ClinicalTrials.gov) Se: Bretthauer M, Haug C. Uten registrering, ingen publisering. Tidsskr Nor Legefor 2009; 129; 733. Ved forskerinitierte prosjekter registrerer prosjektleder, kontakt Forskningsenheten for tilgang. Ved oppdragsinitiert forskning skal sponsor registrere.		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
21. Krever prosjektet dispensasjon fra taushetsplikten? Dispensasjon kreves ikke dersom pasientens samtykke innhentes eller dersom opplysningene gis i anonymisert form. Søknad om dispensasjon sendes REK (Regional etisk komite)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		X
	X			
22. Prosjektleder Undertegnede inntar for at alle meldinger/søknader er sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke starter før alle formalia foreligger.				
dato:	25/8-11	Sign. 		
23. Avdelingssjef Undertegnede tar det overordnede medisinskfaglige ansvar for prosjektet og tilpasning til avdelingens drift.				
dato:	24/8-11	Sign. 		
24. Forskningsjef Reg. dato: (6.9.11) Sign. Forskningsjef: 				
Kopi av skjemaet sendes divisjonsdirektøren i divisjonen hvor prosjektet gjennomføres				

- Ved problemer ved utfyllingen av skjemaet, se: Veiledningen som følger på de neste sidene

Bruk piltastene for å bla!

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke om skriftlig informasjon fra sykehuset til den enkelte pasient vedrørende legemiddelbruk ved utskrivelse kan forbedres. Du er valgt ut til å motta denne henvendelsen om deltagelse fordi det er blitt gjort endringer i din legemiddelbehandling under sykehusoppholdet.

Ved sykehusopphold skjer det ofte endringer i legemiddelbehandlingen. Nye legemidler tas i bruk, enkelte legemidler stoppes og doser justeres. For at pasienten skal kunne følge opp de endringer som er blitt gjort når man kommer hjem, er det viktig med skriftlig informasjon som er entydig og forståelig. Vanligvis får pasientene ved indremedisinsk avdeling med seg kopi av skrevet (epikrisen) som rutinemessig sendes fastlegen etter et sykehusopphold. Med denne studien ønsker vi å undersøke hvor lesevennlig legemiddelinformasjonen i dette skrevet er for pasientene, og om en ny mal for legemiddelinformasjon vil kunne bidra til å forbedre den skriftlige informasjonen som gis til pasientene ved utskrivelse. Indremedisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF Gjøvik er ansvarlig for gjennomføringen av studien.

Hva innebærer studien?

Etter å ha samtykket til deltagelse vil du i god tid før utreise motta et informasjonsskriv som blant annet inneholder informasjon om endringer i din legemiddelbehandling foretatt under sykehusoppholdet og informasjon om hvilke legemidler du skal fortsette med. Halvparten av deltagerne får den informasjon som rutinemessig gis fra avdelingen og andre halvpart vil få informasjonen presentert i ny mal. En klinisk farmasøyt tilknyttet avdelingen vil, etter at du har fått muligheten til å lese igjennom informasjonen, intervju deg før du reiser hjem fra sykehuset. Farmasøyten vil også kontakte deg ca 2-3 uker etter du kommer hjem, per telefon. Dersom det kommer frem ting under dette intervjuet som må avklares med en lege vil farmasøyten kontakte din fastlege for videre oppfølging av din legemiddelbehandling.

Legemidler ved utskrivelse og endringer foretatt i din legemiddelbehandling under sykehusoppholdet vil bli registrert og informasjonsskrivet du mottar ved utreise vil bli innhentet. I forbindelse med intervjuet registreres det hvor god kjennskap du har til din legemiddelbehandling og hvor enkelt du synes det er å finne nødvendig informasjon om videre legemiddelbehandling i skrevet. I forbindelse med telefonintervjuet vil det bli registrert i hvor stor grad endringene i legemiddelbehandlingen foretatt under sykehusoppholdet, blir fulgt. For pasienter med bistand til legemiddelhåndtering fra hjemmesykepleie vil tilsvarende opplysninger bli innhentet fra hjemmesykepleien i stedet for telefonintervju med deg.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltagelse i studien vil begrense seg til en til to samtaler med farmasøyt: en samtale/intervju før utreise fra sykehuset og en per telefon etter du kommer hjem (alternativt intervjues hjemmesykepleien). Alle deltagere vil få skriftlig informasjon om sin legemiddelbehandling ved hjemreise. Etter telefonintervjuet vil du få mulighet til å snakke med farmasøyten og få avklart eventuelle spørsmål du har knyttet til din legemiddelbehandling. Erfaringene fra studien vil

kunne bidra til bedret skriftlig legemiddelinformasjon fra avdelingen ved utskrivelse og hjelpe andre pasienter i fremtiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Alle personopplysninger blir senest slettet innen utgangen av 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Hilde Holm, Klinisk farmasøyt ved Sykehuset Innlandet HF Gjøvik på mobilnummer 93 88 94 52 eller Trine Berg, Sykehusfarmasøyt ved Sykehusapoteket Gjøvik på mobilnummer 90 04 60 76.

Samtykke til deltagelse i studien

”Legemiddelinformasjon ved utskrivelse fra sykehus”

- ☐ Jeg håndterer mine legemidler selv og kan kontaktes ca 2-3 uker etter utskrivelse på telefonnummer: _____
- ☐ Jeg får bistand fra hjemmesykepleie til å håndtere mine legemidler og gir tillatelse til at hjemmesykepleien i: _____ kan kontaktes for å innhente opplysninger om hvilke legemidler jeg bruker ca 2-3 uker etter utskrivelsen fra sykehuset.

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:
Sted og dato: -----	Sted og dato: -----
Signatur prosjektdeltager: -----	Signatur farmasøyt: -----

Vedlegg VI – ”Ny legemiddelmal”

Pasient:
Pers.nr:
Adresse:

Fastlege:

Pas. ansvarlig lege:
Med. ansvarlig:

Innlagt: Utskr.:
Post: Indremedisin Gjøvik
Diktert dato: av:
Skrevet dato: av:

Kopi:

EPIKRISE FORELØPIG

PASIENTINFORMASJON VED UTSKRIVNING

Om din sykdom/Oppsummering:

Kontroll/oppfølging:.

Legemidler du ikke tåler:

Endringer i dine medisiner i forbindelse med sykehusoppholdet:

Medisiner du ikke skal bruke lenger

Endringer i doser

Nye medisiner

Oversikt over aktuelle medisiner

Medisin		Tidspunkt for å ta medisinen				Virkning/ Kommentar
Navn og form	Styrke	Morgen	Middag	Kveld	Natt	

Med hilsen

assistentlege

Vedlegg VII - Intervjuguide

Intervjuguide

Prosjekt: Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Prosjektet omfatter utarbeidelse og utprøving av ny mal for skriftlig legemiddelinformasjon til pasienter ved utskrivelse fra sykehus. De første deltagerne inkluderes før intervensjonen iverksettes og utgjør kontrollgruppen, mens deltagerne som inkluderes etter ny mal tas i bruk utgjør intervensjonsgruppen. Kontrollgruppen får standard skriftlig legemiddelinformasjon i form av epikrise, mens intervensjonsgruppen mottar skriftlig legemiddelinformasjon i form av et legemidderesymè utarbeidet etter ny standard mal.

For å vurdere om legemiddelinformasjonens grad av lesevennlighet, forståelse og entydighet bidrar til at pasienten kan bruke sine legemidler som avtalt, er intervju/samtale med pasient valgt som metode. Bakgrunnen for valg av metode er at vi er ute etter myke data som ikke er direkte observerbare - slik som pasientens inntrykk av legemiddelinformasjonen med tanke på lesevennlighet, forståelse, entydighet, oversiktlig, om informasjonen oppleves nyttig for pasient og hva pasienten har fått med seg av utdelt skriftlig informasjon. Resultatene benyttes til å sammenligne legemiddelinformasjonen i legemiddellesymè og epikrise.

Prosjektet omfatter inntil 2 intervju per pasient:

- intervju/samtale med pasient før hjemreise etter at pasient har fått utlevert skriftlig legemiddelinformasjonen og fått anledning til i fred å ro lese igjennom denne informasjonen
- telefonintervju 2-3 uker etter hjemreise

Intervjuene legges opp som semistrukturerte intervju med bruk av intervjumal. Det fastsettes hovedtema på forhånd som skal undersøkes hos alle pasientene i tillegg til at det åpnes for mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

Følgende struktur for intervju ved utreise benyttes:

Innledning: Intervju/Samtale innledes med litt ”smalltalk” for å bli kjent med pasient. Intervjuer presenterer seg selv og prosjektet. Informere om hva man kommer til å stille spørsmål om. Påpeke garanti i forhold til anonymitet og retten til å avbryte/trekke tilbake samtykke til deltagelse. (Pasientinformasjon og skriftlig samtykke er innhentet på forhånd).

Intervjudel: Begynner intervju med enkle faktaspørsmål vedrørende fastlege, hvorvidt de administrerer legemidler selv eller får bistand fra hjemmesykepleie og årsak til innleggelse. Før man går over på hovedtemaene som skal berøres. Det benyttes åpne spørsmål, oppmuntre til refleksjoner over tema gjennom oppfølgingsspørsmål. I forhold til endringer i legemiddelbruk under sykehusopphold og videre legemiddelbehandling kan det være aktuelt å bruke mer konkrete spørsmål for å avdekke om pasienten har fått med seg informasjon og om de evt. klarer å finne opplysningene ved å benytte utlevert skriftlig informasjon. Vedrørende lesevennlighet vil det bli brukt spørsmål der pasienten graderer grad av forståelse, entydighet, oversiktlig i forhold til en skala.

Avslutning: Intervjuet avsluttes ved å oppklare eventuelle uklarheter, sjekke ut om pasienten sitter med noen spørsmål til prosjektet eller legemiddelbehandlingen sin. Hvis det oppdages legemiddelrelaterte problem knyttet til behandlingen under intervju tas disse opp med behandlende lege slik at pasienten får avklart dette før hjemreise.

Følgende struktur for telefonintervju 2-3 uker etter utreise benyttes:

Innledning: Telefonsamtale innledes med litt "smalltalk" for å fange opp tråden fra forrige intervju. For å spore pasienten inn på tema for samtalen tas det opp om pasienten har lest papirene de fikk med seg fra sykehuset.

Intervjudel: Begynner intervju med enkle faktaspørsmål vedrørende om de har vært til kontroll i sykehus/poliklinikk eller hos egen fastlege etter sykehusoppholdet. Hvorvidt de administrerer legemidler selv eller får bistand fra hjemmesykepleie avklares. Det spørres om hvordan pasienten har hatt det siden sist og om det har vært noen spesielle utfordringer i forhold til legemidlene. Det fortsettes videre med åpne spørsmål i forhold til hvilke legemidler de benytter nå og hvorfor de benytter de ulike legemidlene. I forhold til endringer i legemiddelbruk under sykehusopphold og oppfølgingen av disse kan det være aktuelt å bruke mer konkrete spørsmål for å avdekke om pasienten har fulgt informasjonen i utlevert legemiddelinformasjon.

Avslutning: Intervjuet avsluttes ved å oppklare eventuelle uklarheter, sjekke ut om pasienten sitter med noen spørsmål til prosjektet eller legemiddelbehandlingen sin. Hvis det oppdages legemiddelrelaterte problem knyttet til behandlingen under intervju tas disse opp med pasientens fastlege for videre oppfølging. Pasienten informeres om at det bare er å ta kontakt dersom de lurer på noe i ettertid.

Følgende hovedtema skal berøres i intervju ved utskrivelse

Pasientens vurdering av epikrise/legemiddelresymè mht til lesevennlighet, og om pasienten har forståelse for egen legemiddelbehandling og de endringene som er foretatt slik at legemidlene kan brukes som avtalt.

Forståelse av egen legemiddelbehandling

Kjenner pasienten årsak til innleggelse. Vet pasienten hvilke legemidler som skal brukes ved utskrivning, inkludert styrke, administrasjonsform og dose.

Vet pasienten hvorfor de ulike legemidlene brukes. Kjenner pasienten til endringer i legemiddelbehandlingen foretatt under oppholdet (nye legemidler, seponerte, doseendringer). Kjenner pasienten eventuelle opptrappings og nedtrappingsplaner. Kjenner pasienten til planlagt oppfølging med hensyn til legemidler i poliklinikk eller hos egen fastlege

Legemiddelinformasjonens utforming

Er den skriftlige legemiddelinformasjonen forståelig, oversiktlig og entydig. Hvor lett er det å finne det man lurer på i legemiddelinformasjonen. Bidrar skriftlig legemiddelinformasjon til at pasienten føler seg trygg i forhold til legemiddelbehandlingen. Er det opplysninger pasientene savner i den skriftlige legemiddelinformasjonen

Følgende hovedtema skal berøres i telefonintervju 2-3 uker etter utreise.

Kartlegge hvilke legemidler pasienten bruker og om endringer foretatt i sykehuset blir fulgt opp av pasient eller eventuelt hjemmesykepleie.

Forståelse av egen legemiddelbehandling

Hvilke legemidler bruker pasienten inkludert styrke, administrasjonsform og dose.

Er endringer angitt i skriftlig legemiddelinformasjon fulgt opp. Vet pasienten hvorfor de ulike legemidlene brukes. Er endringer etter sykehusoppholdet foretatt av lege. Har pasienten vært i kontakt med lege etter utskrivning.

For begge intervjuene lages det et intervju skjema temaene som skal berøres og eksempler på spørsmål som kan stilles. Det settes også av plass til å føre opp tileggstema som blir tatt opp underveis.

Vedlegg VIII – Intervjuskjema ved utskrivning

Intervjuskjema 1

– Intervju med pasient ved utreise fra sykehus

Del 1 – Faktaopplysninger		
Ordner du med dine medisiner selv eller får du bistand fra hjemmesykepleie eller pårørende? <i>(Hvis det ikke fremgår av pasientens svar still utdypende spørsmål angående innkjøp, dosettlegging og inntak av daglig dose)</i>	Hjemmesykepleie	Kommentar:
	Selv	
	Pårørende	
Bruker du doseringseske eller tar du medisiner direkte fra esken/boksen? <i>(spør evt. også om multidose dersom pasienten kommer fra kommuner som benytter multidose og pasienten har bistand fra hjemmesykepleien)</i>	Bruker dosett	
	Bruker ikke dosett	
	Får multidose	
Har du noen gang fått en skriftlig legemiddelliste/oversikt over dine medisiner fra din fastlege?	Ja	
	Nei	
Hadde du denne legemiddellisten med deg da du ble innlagt?	Ja	
	Nei	
Har sykehuset spurt om du har en slik liste/oversikt over dine medisiner?	Ja	
	Nei	
Har du fått muntlig informasjon fra lege/sykepleier om hvilke legemidler du skal fortsette med etter dette sykehusoppholdet?	Ja	
	Nei	
Andre aktuelle opplysninger:		

Del 2 – Forståelse av egen legemiddelbehandling		Bakgrunn for pasientens svar
Kan du fortelle meg kort om årsaken til innleggelsen?		Hukommelse Infoskriv
<p>Hvilke endringer i din legemiddelbehandling har du fått beskjed om nå som du skal reise hjem? <i>(Dvs. legemidler som du skal slutte eller starte med eller der det er gjort endringer i dose).</i></p> <p><small>(Hvis pasienten ikke nevner alle aktuelle endringer stilles mer presise spm avhengig av hvile endringer som er foretatt.)</small></p> <p>Har du startet med noen nye legemidler? <small>(hvis ja: hvilke?)</small></p> <p>Er dosen blitt endret på noen av legemidlene dine i forhold til hva du brukte før innleggelsen? <small>(hvis ja: hvilke endringer?)</small></p> <p>Er det noen legemidler du ikke lenger skal bruke? <small>(hvis ja: hvilke?)</small></p>		Hukommelse Infoskriv
<p><i>Plukk ut inntil 5 aktuelle legemidler der det er foretatt endringer i behandlingen under oppholdet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 nye - 2 med doseendring - 1 uten endringer <p>Jeg har plukket ut noen av de legemidlene du nå skal bruke og vil be deg om å forklare meg hvordan du skal ta disse?</p> <p>Hvordan skal du bruke legemidlet? <small>(Hvis de ikke nevner alle relevante punkter stilles mer presise spørsmål)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva får du legemidlet for? - Hvilken dose skal du ta? - Når skal du ta legemidlet - Er det spesielle ting du skal ta hensyn til når du tar legemidlet? <small>(iht til administrasjonsform, tas med mat, følge kontroller eks INR).</small> - <p>(Gjentas for alle de utvalgte legemidlene)</p>		

Legemiddel 1:		Hukommelse Infoskriv
Legemiddel 2:		Hukommelse Infoskriv
Legemiddel 3:		Hukommelse Infoskriv
Legemiddel 4:		Hukommelse Infoskriv
Legemiddel 5:		Hukommelse Infoskriv

<p><i>(Dersom det foreligger en opptrapping eller nedtrappingsplan og pasienten ikke har nevnt dette tidligere)</i></p> <p>Er det planlagt noen oppfølging eller kontroller i forbindelse med din legemiddelbehandling?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontroll fastlege? - Kontroll sykehus? - Egen oppfølging av seponering eller dosejustering? <p>Når skal dette evt. skje?</p>			<p>Hukommelse</p> <p>Infoskriv</p>
<p>Savner du noen opplysninger i den skriftlige informasjonen du har fått utlevert?</p> <p>Eventuelt hva?</p>		<p>Ja</p>	
		<p>Nei</p>	
<p>Andre aktuelle opplysninger:</p>			
<p>Dokumentasjon av eventuelle problemstillinger som har oppstått under intervjuet og iverksatte tiltak:</p>			

Del 3 – Legemiddelinformasjonens utforming

Hvor fornøyd er du med legemiddelinformasjonens utforming på en skala fra 1-6, der 1 er veldig dårlig og 6 er veldig bra.

Sett ring rundt et tall per linje.

Hvor oversiktlig synes du den skriftlige informasjonen du har fått utlevert er?	1 Veldig dårlig	2	3	4	5	6 Veldig bra
Hvor lett synes du det er å finne nødvendige opplysninger om de legemidlene du nå skal bruke i informasjonen du har fått utdelt?	1 Veldig vanskelig	2	3	4	5	6 Veldig enkelt
Er informasjonen om hvilke legemidler du skal bruke og når du skal ta de beskrevet på en måte som er enkel å forstå for deg?	1 Veldig vanskelig	2	3	4	5	6 Veldig enkelt
Hvordan synes du de endringene som er foretatt i din legemiddelbehandling er beskrevet? (Med endringer tenker vi på legemidler du skal slutte med, nye legemidler eller legemidler der dosen er endret)	1 Veldig dårlig	2	3	4	5	6 Veldig bra
Hvilket helhetsinntrykk har du av den skriftlige informasjonen du har fått utlevert?	1 Veldig dårlig	2	3	4	5	6 Veldig bra

Vedlegg IX – Intervjuskjema ved oppfølging

Intervjuskjema 2

– via telefon etter utreise fra sykehus med pasient

Hensikt: Kartlegge hvilke legemidler pasienten bruker og om endringer foretatt i sykehuset er blitt fulgt opp av pasienten.

Del 1 – Faktaopplysninger

Ordner du med dine medisiner selv eller får du bistand fra hjemmesykepleie eller pårørende? (Hvis det ikke fremgår av pasientens svar still utdypende spørsmål angående innkjøp, dosettlegging og inntak av daglig dose)	Hjemmesykepleie	Kommentar:
	Selv	
	Pårørende	
Har du vært i kontakt med helsevesenet etter du ble utskrevet fra sykehuset? <ul style="list-style-type: none">• Fastlegen• Sykehus• Poliklinikk• Rehabiliteringsinstitusjon/ Opptreningssenter	Fastlege	
	Sykehus	
	Poliklinikk	
	Rehab/opptrening	
Har du fått en oppdatert oversikt over dine legemidler fra fastlegen din? (stilles kun hvis pasienten har vært hos fastlege)	Ja	
	Nei	
Andre aktuelle opplysninger:		

Del 2 – Forståelse av egen legemiddelbehandling		
<p>Har du fått beskjed om å gjøre endringer i din legemiddelbehandling etter sykehusoppholdet?</p> <p>Har du startet med noen nye legemidler? (hvis ja: hvilke?)</p> <p>Er dosen blitt endret på noen av legemidlene dine i forhold til hva du fikk beskjed om ved utreise fra sykehuset? (hvis ja: hvilke endringer?)</p> <p>Er det noen legemidler du ikke lenger skal bruke? (hvis ja: hvilke?)</p>		
<p>Kan du fortelle meg hvilke legemidler du bruker nå?</p> <p>Jeg vil gjerne vite navnet, hvilken styrke det er på medisinen din, hva du bruker den for og hvordan du tar dem?</p> <p>Hvis ikke alle medisinerne fra utskrivelsesinformasjonen nevnes spør spesifikt hva med...., bruker du den fortsatt?</p> <p>Hvordan bruker du den? Hva bruker du den for?</p>		
<p>(Dersom det forelå en opptrapping eller nedtrappingsplan for legemiddelbehandlingen ved utreise og dette ikke har kommet frem i samtalen så langt tas dette opp)</p> <p>Er det planlagt noen oppfølging eller kontroller i forbindelse med din legemiddelbehandling?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontroll fastlege? - Kontroll sykehus? - Egen oppfølging av seponering eller dosejustering? <p>Er dette blitt gjennomført? (eller avhengig av når det var planlagt gjennomføring)</p> <p>Når/Hvor skal dette evt skje?</p>		

Andre aktuelle opplysninger:

Del 3 – Legemiddelinformasjons utforming

**De neste spørsmålene graderes på en skala fra 1-6
1 er veldig dårlig og 6 er veldig bra.**

I hvor stor grad har den skriftlige legemiddelinformasjonen du fikk på sykehuset ved utreise vært til hjelp etter du kom hjem?

1	2	3	4	5	6
Veldig lite					Veldig mye

Hvilket helhetsinntrykk har du av den skriftlige legemiddelinformasjonen?

1	2	3	4	5	6
Veldig dårlig					Veldig bra

Har du lurt på noe som du ikke har funnet svar på i utskrivningsinformasjonen?

I så fall hva?

Andre aktuelle opplysninger:

Dokumentasjon av eventuelle problemstillinger som har oppstått under intervjuet og iverksatte tiltak: